

Tesis Doctoral

LA PERCEPCIÓN DE SALUD EN JÓVENES ESCOLARES

Autor

Pedro Cantero Castrillo

Directores de tesis

Miguel González Valeiro

María de los Ángeles Fernández Villarino

UNIVERSIDADE DA CORUÑA



La percepción de salud en jóvenes escolares

Autor: Pedro Cantero Castrillo

Tese de doutoramento UDC / 2017

Directores: Miguel Ángel González Valeiro y M^a de los Ángeles Fernández Villarino

Programa de doutoramento en Ciencias do Deporte, Educación Física e Actividade Física Saudable



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

D. Miguel González Valeiro, doctor en Ciencias de la Educación, profesor titular del Departamento de Educación Física y Deportiva de la Universidad de A Coruña y Dña. M^a de los Ángeles Fernández Villarino, doctora en Ciencias de la Actividad Física y el Deporte, profesora contratada doctora del departamento de Didácticas Especiales de la Universidad de Vigo.

Hacen constar:

Que el licenciado en Ciencias de la Actividad Física y el Deporte D. Pedro Cantero Castrillo, ha realizado bajo su dirección el trabajo titulado “La percepción de salud en jóvenes escolares”, el cual, reúne todas las condiciones para ser defendido y optar al grado de Doctor en Deporte, Educación Física y Ocio Saludable.

Lo que firman la presente en A Coruña a 30 octubre de 2017

Agradecimientos

En primer lugar agradecer a mis directores de tesis, Miguel González Valeiro y M^a de los Ángeles Fernández Villarino, la ayuda prestada para la realización de este trabajo, su experiencia y sus conocimientos me han permitido mejorar en gran medida. Del mismo modo, dar las gracias también al esfuerzo y las recomendaciones dadas por Joaquín Lago, y, como no, a Belén Toja por estar siempre ahí para ayudarme y aconsejarme.

También destacar a mis compañeros de doctorado Alba Mayor y Eloy Villaverde por el clima tan bueno de trabajo generado y la ayuda dada en los momentos más importantes.

Cómo no, agradecer a mis amigos el apoyo dado durante estos tres años de tesis doctoral, un apoyo que no sólo me hizo más fácil el continuar trabajando en este proyecto, sino que me hizo disfrutar de cada uno de los momentos en esta etapa de mi vida.

Por último, acordarme de las dos personas más importantes en mi vida, mis padres, sin su apoyo incondicional esto no se hubiese podido realizar. Se podría decir, que esta tesis doctoral es fruto de la paciencia y la confianza que depositaron en mí.

GRACIAS

Resumen

La percepción de salud en jóvenes escolares

Este estudio nace de la preocupación por la salud de los jóvenes. La elevada inactividad física y el alto coste de las pruebas médicas que tratan de conocer la salud dan lugar a la utilización de la percepción de salud como un indicador alternativo y confiable de la salud real. Así, este estudio busca conocer la relación entre la percepción de salud y diversas cuestiones influyentes en el día a día de los jóvenes, como son sus hábitos de vida, percepción del autoconcepto físico y opinión de la educación física.

La población en la que se centra este estudio son jóvenes escolares de 1º, 2º y 3º de Educación Secundaria Obligatoria de la Comunidad Autónoma de Galicia. Para la selección de los centros se tuvo en cuenta que tuvieran un elemento común, un Proyecto Deportivo de Centro.

Se utiliza el Cuestionario Internacional sobre Estilos de Vida de los Alumnos (Marques, 2010) como instrumento.

Resumo

A percepción da saúde dos xóvenes escolares

Este estudo nace da preocupación pola saúde dos xóvenes. A elevada inactividade física e o alto coste das probas médicas que tratan de coñecer a saúde dan lugar ó emprego da percepción da saúde como un indicador altermo e confiable da saúde real. Así, este estudo busca coñecer a relación entre a percepción da saúde e diversas cuestións influentes no día a día dos xóvenes, como son seus hábitos de vida, percepción do autoconcepto físico e opinión da educación física.

A poboación na que se centra este estudio son escolares de 1º, 2º y 3º de Educación Secundara Obrigatoria da Comunidade Autónoma de Galicia. Para a selección dos centros tívose en conta que tiveran un elemento común, un Proxecto Deportivo de Centro

Emprégase o Cuestionario Internacional sobre Estilos de Vida de los Alumnos (Marques, 2010) como instrumento.

Abstract

Health's perception in young students.

This study was born out of concern about young people's health. The high inactivity and the costs of medical tests that study the field of health have as a result the use of health's perception as an alternative and reliable indicator of real health. Thus, this study aims to know the relationship between the aforementioned health's perception and many influential issues in young people's everyday lives, such as their daily habits, their perception of physical self-concept and their opinion on physical education.

The population that has been targeted in this research was composed young students of 1º, 2º and 3º of Educación Secundaria Obligatoria in the region of Galicia. For the selection of schools, the "Proyecto Deportivo de Centro" was the common element to be taken into account.

Moreover, the "Cuestionario Internacional sobre Estilos de Vida de los Alumnos" (Marques, 2010) was the instrument used to accomplish this goal.

Contenido

Índice de figuras	9
Índice de tablas	9
Lista de abreviaciones	10
1. Marco teórico	17
Capítulo 1.1. La percepción de salud en población adolescente y la relación con sus hábitos de vida	19
1.1.1. Influencia de las características personales (género, edad)	19
1.1.2. Influencia de los estilos de vida.....	19
Capítulo 1.2. La influencia del autoconcepto físico en la percepción de salud	20
1.2.1. Formación del autoconcepto y su influencia en la percepción de salud	20
1.2.2. La práctica de actividad física como elemento mediador entre la percepción de salud y el autoconcepto físico.....	21
Capítulo 1.3. La educación física como mediadora de la percepción de salud	22
1.3.1. La valoración del alumnado hacia la educación física	22
1.3.2. Los estilos de vida saludables como objetivo de la educación física.....	23
2. Estudios empíricos	25
2.1. Problema	27
2.2. Objetivos	27
2.3. Método	28
2.3.1. Técnica empleada en la recogida de datos.....	28
2.3.2. Variables	29
2.3.3. Participantes	31
2.3.4. Instrumento	31
2.3.5. Procedimiento	32
2.3.6. Análisis de los datos	33
3. Resultados	35
Estudio 1. Relación entre la percepción de salud y los hábitos de vida en jóvenes escolares.....	37
Resumen.....	37
Palabras clave.....	37
Objetivos	37
Variables.....	38
Resultados	38
Discusión.....	47
Conclusiones	48

Estudio 2. Relación entre la percepción de salud y el autoconcepto físico en jóvenes escolares.....	51
Resumen.....	51
Palabras clave.....	51
Objetivos	51
Variables.....	51
Resultados	52
Discusión.....	61
Conclusiones	62
Estudio 3. Relación entre la percepción de salud y la valoración de la Educación Física como materia del currículum escolar en jóvenes escolares.....	63
Resumen.....	63
Palabras clave.....	63
Objetivos	63
Variables.....	64
Resultados	64
Discusión.....	74
Conclusiones	77
4. Conclusiones generales	79
5. Limitaciones y líneas de futuro	83
6. Referencias	87
7. Anexos.....	101
Anexo I: Cuestionario	103
Anexo II: Estadísticos estudio 1	123
Anexo III: Estadísticos estudio 2	147
Anexo IV: Estadísticos estudio 3.....	157

Índice de figuras

Figura 1. Árbol de clasificación en chicos del estudio 1.....	47
Figura 2. Árbol de clasificación en chicas del estudio 1.....	49
Figura 3. Árbol de clasificación en chicos del estudio 2.....	61
Figura 4. Árbol de clasificación en chicas del estudio 2.....	63
Figura 5. Árbol de clasificación en chicos del estudio 3.....	74
Figura 6. Árbol de clasificación en chicas del estudio 3.....	76

Índice de tablas

Tabla 1. Variables del trabajo.....	32
Tabla 2. Variables del estudio 1.....	41
Tabla 3. Descriptivos de los hábitos de vida y la percepción de salud en el género masculino.....	42
Tabla 4. Descriptivos de los hábitos de vida y la percepción de salud en el género femenino.....	44
Tabla 5. Variables del estudio 2.....	55
Tabla 6. Descriptivos del autoconcepto físico y la percepción de salud en el género masculino.....	56
Tabla 7. Descriptivos del autoconcepto físico y la percepción de salud en el género femenino.....	58
Tabla 8. Variables del estudio 3.....	67
Tabla 9. Descriptivos de la valoración de la EF y la percepción de salud en el género masculino.....	69
Tabla 10. Descriptivos de la valoración de la EF y la percepción de salud en el género femenino.....	70

Lista de abreviaciones

Cuestionario Internacional sobre Estilos de Vida de los Alumnos (CIEVA)

Actividad física (AF)

Educación Física (EF)

Índice de Masa Corporal (IMC)

INTRODUCCIÓN

Este estudio nace de un interés por la investigación educativa. Tras una búsqueda exhaustiva de posibles líneas de investigación que despertasen la motivación a embarcarse en un objetivo tan complejo como es la realización de una tesis doctoral, se encontró la línea de estudios de género y hábitos de vida en la universidad de A Coruña. El buen ambiente existente entre los miembros de este grupo de investigación y las constantes tareas de campo a realizar al inicio fueron estímulos suficientes para continuar en esta misión.

Tras realizar una búsqueda bibliográfica general concerniente a los temas principales que engloba al grupo de investigación, la opción de estudio de los factores influyentes en la percepción del estado de salud fue la más destacada, y por ello la opción elegida. Posteriormente, aprovechando la diversidad de temas recogidos en el cuestionario utilizado se observó qué factores podían tener mayor influencia sobre la percepción de salud, destacando el conocimiento de la relación con la Educación Física (EF) y el autoconcepto físico.

Tras una revisión bibliográfica más específica acerca de la temática principal, la percepción de salud, se comprendieron las diferencias evidentes entre chicos y chicas, requiriendo de una investigación diferenciada entre ellos al darse dos realidades diferentes (Erginoz et al., 2004; Inchley et al., 2016).

La importancia de este trabajo reside en la problemática actual acerca de la salud de los jóvenes, siendo preocupante el nivel de inactividad física de los mismos, generando así graves problemas de obesidad y sobrepeso. En la actualidad este problema va en aumento situándose entre los principales factores de mortalidad en enfermedades no transmisibles (Organización Mundial de la Salud, 2010).

La búsqueda de soluciones que puedan motivar a los jóvenes a seguir estilos de vida activos y reduciendo así la inactividad que sufren lleva a conocer los factores que influyen en su salud. La percepción del estado de salud se presenta como un factor imprescindible, al estar considerado un indicador confiable de la salud real, por lo que la alteración de esta percepción podría suponer una variación en la salud real (Nummela, Sulander, Rakhonen, Karisto & Uutela, 2008; Vingilis, Wade & Seeley, 2002). Esta problemática obliga a conocer en profundidad todos los factores influyentes en la percepción del estado

de salud, para que con la comprensión de la misma, se pueda influir en la salud de la juventud para mejorarla.

A su vez, los hábitos de vida son un elemento base en la obtención de conductas activas, por ello el grado de influencia que generan en la percepción del estado de salud es un objetivo que se debe plantear (Ekeland, Heian, Hagen, Abbott & Nordheim, 2004). Del mismo modo, al observar la bibliografía existente puede verse que el autoconcepto físico parece ser un elemento de influencia directa sobre esta percepción de salud (Esnaola, Infante, Rodríguez & Goñi, 2011; Park, 2006). Así mismo y al igual que con los hábitos de vida se plantea una búsqueda específica para conocer su relación y su grado de influencia.

Por último, la relación que existe entre la percepción de salud y la EF es un tema poco estudiado y no se han encontrado estudios que busquen la relación directamente. Lo que parece darse al haberse observado en estudios anteriores, es que ambos tienen una variable común que influye en gran medida tanto a la percepción de salud como a la EF, como es la práctica de actividad física (AF) (Kjonnixsen, Fjortoft & Wold, 2009; Martins, 2015). Por esto, se considera interesante conocer si existe una relación directa entre estas variables y así entender mejor la concepción de la percepción del estado de salud.

Así, este trabajo tiene como objetivos:

Estudio 1:

Conocer la relación entre la percepción de salud y el género, el IMC y los hábitos de vida (práctica de AF, recorrido hasta la escuela, realización de las comidas, horas de sueño).

Identificar los rasgos característicos que muestra cada género en función del nivel de salud percibida, observando el grado de influencia de cada hábito de vida e IMC.

Estudio 2:

Conocer la relación existente entre la percepción de salud y el autoconcepto físico en todos sus subdominios: competencia deportiva, condición física, atractivo físico y fuerza.

Identificar los rasgos característicos que muestra cada género en función del nivel de salud percibida, observando el grado de influencia de los diferentes subdominios del autoconcepto físico.

Estudio 3:

Observar la relación entre la percepción de salud y el gusto hacia la EF, la valoración de la misma y la importancia dada a los aprendizajes que se pueden adquirir a través de la asignatura.

Determinar los rasgos característicos que muestra cada género en función del nivel de salud percibida, observando el grado de influencia del gusto hacia la EF, la valoración de la misma y la importancia dada a los aprendizajes que se pueden adquirir a través de la asignatura.

The background of the slide is a grayscale image of a newspaper page. A large, solid white rectangle is centered on the page, serving as a backdrop for the title. The newspaper text is visible around and within this rectangle, though the text inside the rectangle is mostly obscured by the white background.

1. Marco teórico

Se aborda en este apartado los tres marcos en el que se basan nuestro estudio: percepción de salud en adolescentes y hábitos de vida, la influencia del autoconcepto sobre la percepción de salud y la EF como mediadora de la percepción de salud.

Capítulo 1.1. La percepción de salud en población adolescente y la relación con sus hábitos de vida

La percepción del estado de salud se puede definir como un elemento subjetivo, que no se refiere solo a la presencia o ausencia de enfermedades, sino también a la comprensión holística de la propia persona (Inchley et al., 2016; Ko & Boo, 2016). El uso de la percepción de salud como medidor del estado de salud real está ampliamente aceptado debido a ser un indicador confiable y fácil de obtener (Nummela et al., 2008; Vingilis et al., 2002). Por ejemplo, en la adolescencia, se puede observar como los adolescentes que perciben peores niveles de salud son los que tienen un mayor uso de medicamentos (Holstein, Hansen, Andersen & Due, 2008). Aunque se debe tener en cuenta que se requiere de una educación previa que destaque los puntos importantes de una buena salud, para que la visión del individuo sobre su propia salud tenga una referencia correcta sobre la que basarse (Bombak, 2013).

En cualquier caso, para controlar la percepción del estado de salud primero debemos conocer los factores que influyen en ella, así como el grado de esta influencia que ejercen. Parece verse que, entre otros elementos, la percepción de salud está afectada por factores sociales y culturales (Ko & Boo, 2016; Nuviala-Nuviala et al., 2009).

1.1.1. Influencia de las características personales (género, edad)

Se puede apreciar como el género y la edad son elementos destacados cuando se trata de conocer la influencia que recibe la percepción de salud (Inchley et al., 2016; Ko & Boo, 2016). Al profundizar en estos factores se puede comprobar que no es igual para todos, viéndose influenciada por las características de la persona. Así, los chicos tienen mejor percepción de salud que las chicas, describiendo ambos géneros un descenso de la salud autopercebida al ir aumentando la edad (Erginoz et al., 2004; Inchley et al., 2016).

1.1.2. Influencia de los estilos de vida

Se han encontrado evidencias de que la percepción de salud está afectada en gran medida por los hábitos de vida, surgiendo así, una necesidad por conocer qué hábitos de vida podrían ayudar a mejorar la salud de los adolescentes.

Dentro de los hábitos de vida, se ha encontrado relación con las horas de sueño (Page et al., 2009), la práctica de AF (Ekeland et al., 2004), la práctica de la misma con las amistades (Sawka, McCormack, Nettel-Aguirre, Hawe & Doyle-Baker, 2013) y el índice de masa corporal (IMC) (Vingilis et al., 2002), no viéndose relación con el transporte al centro educativo (Marques, Peralta, Sarmento, Martins & Carreiro da Costa, 2016b).

De manera concreta, se observó que los jóvenes que percibían tener mala salud no llegaban al mínimo de horas de sueño recomendadas (Page et al., 2009). En cambio, los que tenían una percepción de salud buena realizaban mayor práctica de AF junto a sus amistades, al mismo tiempo que estas amistades eran personas activas (Sawka et al., 2013). Por el contrario, no se encontró relación con el tiempo de recorrido al centro educativo (Marques et al., 2016b). Destacar la relación inversa existente entre el IMC y la salud autopercebida, viéndose que cuanto mayores sean los niveles peor será la salud percibida (Vingilis et al., 2002).

Dentro de los hábitos de vida, un elemento de gran influencia es la práctica de AF, observándose como los sujetos activos son los que perciben mejores niveles de salud autopercebida (Ekeland et al., 2004; Martins, 2015).

Del mismo modo, el cumplimiento de los mínimos de práctica recomendados por la Organización Mundial de la Salud (Organización Mundial de la Salud, 2010) conlleva una mejora de la autopercepción de salud (Marques et al., 2016a), un mejor estado de ánimo y un menor nivel de estrés (Erginoz et al., 2004; Jiménez, Martínez, Miró & Sánchez, 2008).

Capítulo 1.2. La influencia del autoconcepto físico en la percepción de salud

Se analizará la formación del autoconcepto en relación con la percepción de salud y como la práctica de actividad física ejerce como mediadora entre ambos conceptos.

1.2.1. Formación del autoconcepto y su influencia en la percepción de salud

Otro de los factores que influyen en la percepción de salud es el autoconcepto, donde parece haber una relación positiva entre ellos (Esnaola et al., 2011; Park, 2006). Diversidad de autores como Bandura (1997); Fuentes, García, Gracia & Lila (2011); Marsh & O'Mara (2008); Martínez-Martínez & González-Hernández (2017) han tratado de definir este autoconcepto, pudiéndose resumir como el conjunto de percepciones que

tiene la persona sobre sí misma, recogiendo las atribuciones que se hace sobre su propia conducta. Esto incluye el concepto que tiene de sí mismo como elemento físico, espiritual y social. A su vez, se tienen en cuenta las experiencias con otras personas, influyendo la comparación con los demás y la opinión que tienen estos sobre él, estando influenciado todo ello por el género, la edad o la práctica de AF (Guillén & Sánchez, 2003).

Cabe destacar como la adolescencia se presenta como una etapa muy importante en el establecimiento del autoconcepto, ya que, durante este periodo se dan cambios cognitivos, físicos y sociales de gran relevancia en los jóvenes (Harter, 1999). Dicho autoconcepto relaciona positivamente con la calidad de vida (Huebner et al., 2004), con el rendimiento académico (Gómez-Vela, Verdugo & González-Gil, 2007) y con los hábitos saludables (Moreno & Cervelló, 2005), contribuyendo a forjar la autoestima de los adolescentes (Santrock, 2005).

1.2.2. La práctica de actividad física como elemento mediador entre la percepción de salud y el autoconcepto físico

El autoconcepto como elemento físico, es una de las dimensiones que más influye en el autoconcepto general (Fernández, Contreras, García & Villora, 2010). Dentro del autoconcepto físico nos encontramos con la teoría de Fox & Corbin (1989) como la más aceptada, en ella se subdivide el autoconcepto físico en diferentes dimensiones, pudiéndose observar la competencia deportiva, la condición física, el atractivo físico y la fuerza.

Para la formación del autoconcepto físico hay que tener en cuenta diversidad de elementos que influyen directamente sobre él. Uno de los elementos que más influencia es la práctica de AF, observándose como está positivamente asociada con el autoconcepto físico, en la totalidad de sus dimensiones (Alvariñas & González, 2004; Moreno & Cervelló, 2005; Moreno, Moreno & Cervelló, 2007).

Así la práctica de AF se presenta como un elemento primordial debido a la asociación positiva que ejerce tanto en la percepción de salud como en el autoconcepto. Una de las teorías más centradas en conocer esta influencia es la teoría de la autodeterminación (Deci & Ryan, 1985), que busca conocer y entender los factores que influyen en el nivel de participación en la práctica de AF (Deci & Ryan, 2000; Ryan, Kuhl & Deci, 1997; Ryan, Williams, Patrick & Deci, 2009). Dicha teoría, defiende que las personas necesitan de sensaciones de competencia al mismo tiempo que participar en actividades que promuevan estas sensaciones con el fin de aumentar su motivación intrínseca. Estas

percepciones de competencia no producirán una mejor percepción de salud si la motivación no es intrínseca (Deci & Ryan, 2000), influyendo la motivación extrínseca de forma negativa en la percepción de salud (Craike et al., 2014).

La percepción del estado de salud y el autoconcepto físico son conceptos complejos y que requieren de una mejor comprensión de la relación entre ellas, sobre todo en la fase final de la adolescencia y viéndose las diferencias por género (Inchley et al., 2016; Lubans, Morgan & McCormack, 2011). Esta información será fundamental para establecer estrategias de intervención que busquen mejorar el autoconcepto y la percepción de su salud. Para ello es primordial promover estilos de vida activos y saludables durante la adolescencia, favoreciendo así una mejor percepción tanto del autoconcepto como de su salud (Ekeland et al., 2004; Moreno & Cervelló, 2005).

Capítulo 1.3. La educación física como mediadora de la percepción de salud

No se han encontrado estudios que relacionen de manera directa la EF escolar con la percepción de salud, por el contrario, sí que existen evidencias de la relación de ambas variables con un elemento intermediario, la práctica de AF (Kjonnixsen et al., 2009; Martins, 2015).

1.3.1. La valoración del alumnado hacia la educación física

Es numerosa la literatura que trata sobre el alto nivel de satisfacción del alumnado hacia la EF (Gaviria & Castejón, 2016; Moreno & Hellín, 2007), sobre la influencia de la valoración de la EF sobre la práctica de AF (Kjonnixsen et al., 2009; Trost, Owen, Bauman, Sallis & Brown, 2002) y de esta sobre la percepción de salud (Martins, 2015). Sin embargo, no se han realizado estudios que analicen, de forma directa, la relación entre la valoración de la EF y la percepción de salud.

Se puede observar un descenso del gusto por la EF al ir aumentando la edad (Trudeau & Shepard, 2005; Subramaniam & Silverman, 2007), siendo los chicos los que presentan mejores actitudes hacia la EF que las chicas (Biddle & Mutrie, 2001). Probablemente la oferta de actividades propuestas en la asignatura favorece más al género masculino (Biddle & Mutrie, 2001), debido a que los chicos se sienten más atraídos por la EF al existir una fuerte relación entre las actividades propuestas en la asignatura y el deporte (Kjonnixsen et al., 2009), al igual que un ambiente competitivo rechazado en mayor medida por las chicas (García-Ferrando, 1993).

1.3.2. Los estilos de vida saludables como objetivo de la educación física

La actitud hacia la EF durante la adolescencia es un importante predictor de la AF que se realizará al finalizar esta etapa, sobre todo en chicas (Kjonnixsen et al., 2009; Trost et al., 2002). Así, una actitud positiva conlleva una mayor práctica semanal al cabo de 5-10 años (Graham, Sirard & Neumark-Sztainer, 2011). Así, como versa la teoría del comportamiento planificado de Azjen & Fishbein (1980), cuanto más favorable sea la actitud y el control conductual percibido, más fuerte será la intención de la persona en ejecutar la acción o conducta y mayor percepción de desarrollo de habilidades motrices básicas y de actitudes positivas hacia la AF tendrá el alumno (Graham, Holt/Hale & Parker, 2004).



2. Estudios empíricos

2.1. Problema

El elevado coste de las pruebas médicas para determinar el estado de salud de las personas, hace necesaria la utilización de algún recurso más accesible, apareciendo la percepción del estado de salud como una herramienta útil para realizar esta valoración al ser un indicador confiable de la salud real (Murray & Frenk, 2002; Nummela et al., 2008). Sin embargo, el conocimiento sobre la percepción de salud es limitado, surgiendo la necesidad de conocer los factores que influyen en ella para así diseñar programas de mejora en la percepción, conllevando así una mejora de la salud real.

Por otro lado, la salud de los jóvenes se encuentra en peligro debido al aumento de conductas sedentarias. En la actualidad el descenso de hábitos de vida saludables suponen un riesgo en la salud de las personas, llevando a la inactividad física a ser un factor principal de mortalidad en todo el mundo (Inchley et al., 2016). De esta forma se hace necesario conocer la relación entre los hábitos de vida y la percepción de salud, para que la modificación de hábitos conlleve a una mejora de la salud autopercebida. Igualmente, se deben analizar otros factores como son la EF y la percepción del autoconcepto físico. Siendo la EF un ente principal encargado de promover hábitos de vida saludables, y siendo la percepción del autoconcepto físico un elemento primordial en el establecimiento de los niveles de participación de AF, influyendo así en los hábitos de vida activos.

Para todo esto se presentarán tres estudios donde se analizará la relación entre nuestro tema de estudio (percepción de salud) con los otros tres conceptos analizados en el capítulo anterior (hábitos de vida, autoconcepto físico y EF).

2.2. Objetivos

Teniendo en cuenta lo anteriormente señalado, los objetivos del trabajo son:

Estudio 1:

Conocer la relación entre la percepción de salud y el género, el IMC y los hábitos de vida (práctica de AF, recorrido hasta la escuela, realización de las comidas, horas de sueño).

Identificar los rasgos característicos que muestra cada género en función del nivel de salud percibida, observando el grado de influencia de cada hábito de vida e IMC.

Estudio 2:

Conocer la relación existente entre la percepción de salud y el autoconcepto físico en todos sus subdominios: competencia deportiva, condición física, atractivo físico y fuerza.

Identificar los rasgos característicos que muestra cada género en función del nivel de salud percibida, observando el grado de influencia de los diferentes subdominios del autoconcepto físico.

Estudio 3:

Observar la relación entre la percepción de salud y el gusto hacia la EF, la valoración de la misma y la importancia dada a los aprendizajes que se pueden adquirir a través de la asignatura.

Determinar los rasgos característicos que muestra cada género en función del nivel de salud percibida, observando el grado de influencia del gusto hacia la EF, la valoración de la misma y la importancia dada a los aprendizajes que se pueden adquirir a través de la asignatura.

2.3. Método

2.3.1. Técnica empleada en la recogida de datos

En este estudio se utiliza una metodología descriptiva de encuesta en la que se recogen y analizan datos de las variables establecidas para describir y explicar los objetivos. Es decir, se busca el uso de una metodología adecuada que garantice resultados confiables y contrastables dentro del campo de la investigación educativa.

Las principales técnicas de recogida de datos utilizados en la metodología descriptiva de encuesta son los cuestionarios, las entrevistas, los test estandarizados y las escalas de actitud.

En el presente trabajo se utilizó como técnica de recogida de datos el cuestionario ([Anexo D](#)). Con esta estrategia se permite obtener información pertinente a la hora de abordar los objetivos del trabajo. Corresponde a una forma de encuesta escrita donde se obtiene la información solicitando a los participantes que respondan a unas preguntas.

El cuestionario es, según García-Ferrando (1991); Buendía (1996); Padilla, González & Pérez (1998), el instrumento básico de la investigación social por encuestas. Rodríguez (1991) lo considera como una especie de entrevista masiva que tiene la ventaja de llegar a un gran número de sujetos de forma simultánea.

Siguiendo a Selltiz, Wrightsman & Cook (1980), las ventajas que nos aporta su uso para nuestro estudio son las siguientes:

- Resulta un procedimiento económicamente asequible.
- Permite llegar a un gran número de individuos de modo simultáneo.
- Su carácter anónimo proporciona uniformidad en las respuestas, y permite realizar comparaciones.
- Fácil de realizar.
- Fácil de valorar.
- Compara directamente grupos e individuos.

En el estudio se optó por la opción autoadministrada con aplicación masiva. Mediante este procedimiento, los cuestionarios del alumnado fueron rellenados al mismo tiempo por todos los sujetos que componen la muestra, en presencia de un/una encuestador/a, que además de encargarse de la aplicación de los cuestionarios, aclaró y resolvió las dudas que pudieron existir.

2.3.2. Variables

Tabla 1. Variables del trabajo

Variable	Respuestas posibles
Variable dependiente	
Percepción de salud	Percepción buena; percepción no buena
Variables independientes estudio 1	
Tiempo de práctica informal	1 hora o menos; 2 a 3 horas; 4 horas o más
Tiempo de práctica en clubs	
Tiempo de práctica extraescolares	
Práctica de las amistades	Escasa o nula; habitual
Práctica junto a sus amistades	
Transporte para los viajes al centro	Con gasto energético; sin gasto energético
Tiempo en los viajes al centro	Menos de 10min; más de 10min

Lugar donde se realiza cada comida	En la escuela o en un café restaurante; en casa; en la calle; no tomo
IMC	Bajo peso; peso normal; sobrepeso; obesidad
Horario de sueño	22h o antes; de 22h a medianoche; medianoche o posterior
Cantidad de horas dormidas	Menos de 8h; de 8h a 10h; más de 10h
Género	Masculino; femenino
Tiempo total de práctica	Activo; no activo
Variables Independientes estudio 2	
Gusto por la EF	No me gusta nada; no me gusta mucho; me es indiferente; me gusta bastante; me gusta mucho
Utilidad de la EF	Para liberar energías; para el aprendizaje o perfeccionamiento de técnicas deportivas, para tener una buena conducta moral, para promover estilos de vida activos, para proporcionar relajación y diversión y, para mejorar la condición física
<p>Aprendizajes que se pueden adquirir a través de la EF y considera importantes:</p> <p>(a) Practicar juegos de pelota de forma técnicamente correcta, (b) jugar con los compañeros respetando la diversidad, (c) organizar el propio entrenamiento, (d) practicar deportes individuales de forma técnicamente correcta, (e) sentirse bien con el cuerpo, (f) ejercitar el cuerpo, (g) relacionar ejercicio físico y salud, (h) desempeñar diferentes papeles en las actividades deportivas, (i) analizar reportajes deportivos, (j) conocer otros deportes diferentes, (k) aprender valores</p>	Sí; No (A cada uno de los aprendizajes)
Variables independientes estudio 3	

Cualidades atléticas(1)*	Nada; Poco; Medio; Bastante; Mucho
Ligereza y elegancia(2)*	
Agilidad(2)*	
Estado de forma(2)*	
Rapidez(2)*	
Delgadez(3)*	
Satisfacción con la apariencia propia(3)*	
Fuerza(4)*	

**Subdominios del autoconcepto físico (Fox & Corbin, 1989): (1) Competencia deportiva; (2) Condición física; (3) Atractivo físico; (4) Fuerza.*

2.3.3. Participantes

La muestra estuvo formada por 1697 estudiantes de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) de la Comunidad Autónoma de Galicia, 824 (48.56%) niños y 873 (51.44%) niñas, con una edad media de 14.28 años (± 1.062), durante el curso académico 2013/2014.

Para la configuración de la muestra fueron considerados los 23 centros educativos con Proyecto Deportivo de Centro (Xunta de Galicia, 2013), ya que nos permite uniformidad en la selección de la muestra. Dicho proyecto, es un plan para el fomento de la práctica de AF dirigido por la Xunta de Galicia. Uno de los centros se destinó al cálculo de la consistencia interna del cuestionario, dejando la cifra total de participantes en los 1697 estudiantes citados anteriormente pertenecientes a 22 centros.

2.3.4. Instrumento

Como instrumento de recogida de datos se utilizó el Cuestionario Internacional sobre Estilos de Vida de los Alumnos (CIEVA) (Marques, 2010). El CIEVA fue elaborado a partir de las aportaciones de diversos autores. Del estudio de Telama, Yang, Laakso & Viikari (1997), se obtuvieron las preguntas referentes a los hábitos de vida; del de Piéron, Telama, Naul & Almond (1997) las relacionadas con el tipo de práctica (formal e informal) y el autoconcepto físico; y del de Aaro, Wold, Kannas & Rimpelä (1986) las referentes a la percepción de salud y a la EF.

A la hora de recabar información sobre estilos de vida en población escolar, estudios anteriores constataron la utilidad de este instrumento (Marques, 2010; Marques & Carreiro da Costa, 2013), que posteriormente fue traducido y validado al español por Mourelle (2014).

La versión española del CIEVA fue adaptada pasando a estar formada por 39 preguntas estructuradas en 4 dimensiones con la siguiente distribución: datos personales (6 preguntas), hábitos de vida (12 preguntas), actitudes y percepciones (12 preguntas) y valoración de la escuela, la EF y la práctica de AF (9 preguntas), se añadieron aportaciones de Cole, Bellizi, Flegal & Dietz (2000) sobre la categorización del IMC, de Hirshkowitz et al. (2015) la categorización de las horas de sueño y de Fox & Corbin (1989) para establecer los diferentes niveles del autoconcepto físico, los cuales subdividen este en los siguientes subdominios: competencia deportiva, condición física, atractivo físico y fuerza.

En esta última aportación, modificamos las aportaciones del cuestionario original de Piéron et al. (1997) agrupando las preguntas en los cuatro dominios relatados por Fox & Corbin (1989). Presentamos comparativamente la transformación:

- i) Cualidades atléticas en Competencia deportiva
- ii) Ligereza y elegancia; Agilidad; Estado de forma y Rapidez en Condición física
- iii) Delgadez; Satisfacción con la apariencia propia en Atractivo físico
- iv) Fuerza en Fuerza

Esta nueva última versión, la que fue utilizada en este estudio, pasó por una validación de expertos metodológicos y de contenido y para garantizar su fiabilidad se procedió al cálculo del coeficiente Alpha de Cronbach obteniendo unos valores de consistencia interna aceptables (George y Mallery, 2016) tanto a nivel global ($\alpha = .78$) como en cada una de sus dimensiones al ser el mínimo de ($\alpha > .71$).

2.3.5. Procedimiento

La realización de la presente investigación fue aprobada por la Secretaría Xeral para o Deporte de la Xunta de Galicia. De forma previa a la recogida de datos, se remitió a los centros educativos un escrito con la explicación de los objetivos del estudio y el procedimiento a seguir. La dirección de cada colegio redirigió esta información a los responsables legales, solicitando la participación voluntaria de los escolares. Una vez

manifestada la voluntad de participar mediante consentimiento informado por escrito, el instrumento fue administrado a los participantes en las clases de EF por el respectivo profesorado. Tras la recogida de datos los cuestionarios fueron devueltos a los investigadores para su posterior tratamiento y análisis.

2.3.6. Análisis de los datos

Atendiendo a la naturaleza de cada una de las variables de los estudios se realizaron los siguientes análisis de datos:

- 1) Estadística descriptiva para la caracterización de la muestra mediante porcentajes y frecuencias.
- 2) Valoración de la asociación entre la percepción de salud y las distintas variables estudiadas mediante pruebas Chi-Cuadrado, diferenciando el análisis por género.
- 3) Cuantificación del grado de asociación entre las variables utilizando la V de Cramer, teniendo en cuenta que valores entre 0.06-0.17 indican un efecto pequeño, entre 0.18-0.29 indican un efecto medio y valores superiores a 0.30 indican un efecto grande (Cramer, 1999).
- 4) Análisis multivariante mediante la técnica de árbol de clasificación (Schnell, Mayer, Diehl, Zipfel y Thiel, 2014; Zhang & Bonney, 2000), distribuyendo a los participantes de acuerdo a su percepción de salud y a las demás variables estudiadas. Esta técnica permite identificar la combinación de datos demográficos y las variables tratadas que mejor predice la percepción de salud de los participantes proporcionando, además, información visual del impacto que cada variable independiente presenta en el modelo de árbol jerárquico (Schnell et al., 2014; Zhang & Bonney, 2000). Los árboles de clasificación presentados están establecidos con una validación cruzada de un máximo de 3 niveles de profundidad, el número de casos mínimos por nodo es de 100 casos en el nodo parental y 50 en el nodo filial.

Dentro de las diferentes pruebas estadísticas que admite esta técnica, se aplicó, buscando la que presentara un mayor porcentaje de validez, la prueba Classification and Regression Trees (CRT) para ambos géneros en todos los estudios, a excepción del estudio de hábitos de vida, donde se utilizó un análisis Quick, Unbiased, Efficient Statistical Tree (QUEST) para las chicas.

Los análisis estadísticos, se llevaron a cabo utilizando el paquete de análisis estadístico SPSS para Windows, en su versión 21.0 (SPSS Inc. IBM, USA) con un nivel de significatividad de $p < 0.05$.

3. Resultados

Se presentan los tres estudios mencionados en el apartado 2.1. Problema de estudio.

Estudio 1. Relación entre la percepción de salud y los hábitos de vida en jóvenes escolares

Resumen

El objetivo de este estudio fue conocer la relación entre distintas variables relacionadas con los hábitos de vida y la percepción de salud en jóvenes escolares. Se aplicó una metodología de encuesta (cuestionario) sobre una muestra de 1697 alumnos, 824 (48.56%) chicos y 873 (51.44%) chicas, de entre 12 y 16 años ($\bar{x}=14.28$; $s=1.062$).

Para el análisis de los datos se realizó la prueba de chi-cuadrado, para valorar la asociación entre las variables y la V de Cramer para cuantificar el grado de asociación. Finalmente se aplicó una clasificación de árbol CRT en los chicos y un árbol QUEST en las chicas, para conocer los grupos de influencia que influyen en la percepción de salud.

Los resultados muestran que los chicos perciben tener mejor salud que las chicas. Se ha encontrado una relación positiva entre la percepción de salud de ambos géneros con la práctica de AF propia, la práctica de AF de las amistades y realizar el trayecto al centro educativo andando o en bicicleta. Al contrario, se observa que el IMC presenta una relación negativa con la percepción de salud, existiendo una tendencia de las chicas a relacionar el bajo peso a la salud.

Como conclusión, señalar que las percepciones de los jóvenes acerca de su salud están relacionadas con múltiples variables.

Palabras clave

Salud autopercebida, Género, Índice de masa corporal, Actividad física, Hábitos de vida.

Objetivos

Conocer la relación entre la percepción de salud y el género, el IMC y los hábitos de vida (práctica de AF, recorrido hasta la escuela, realización de las comidas, horas de sueño).

Identificar los rasgos característicos que muestra cada género en función del nivel de salud percibida, observando el grado de influencia de cada hábito de vida e IMC.

Variables

En la Tabla 2 se recogen las variables independientes comprendidas en el instrumento. La variable dependiente es la percepción de salud.

Tabla 2.- Variables del estudio 1

Variable	Respuestas posibles
Tiempo de práctica informal	1 hora o menos; 2 a 3 horas; 4 horas o más
Tiempo de práctica en clubs	
Tiempo de práctica extraescolares	
Práctica de las amistades	Escasa o nula; habitual
Práctica junto a sus amistades	
Transporte para los viajes al centro	Con gasto energético; sin gasto energético
Tiempo en los viajes al centro	Menos de 10min; más de 10min
Lugar donde se realiza cada comida	En la escuela o en un café restaurante; en casa; en la calle; no tomo
IMC	Bajo peso; peso normal; sobrepeso; obesidad
Horario de sueño	22h o antes; de 22h a medianoche; medianoche o posterior
Cantidad de horas dormidas	Menos de 8h; de 8h a 10h; más de 10h
Género	Masculino; femenino
Percepción de salud	Percepción buena; percepción no buena
Tiempo total de práctica	Activo; no activo

Resultados

Las pruebas estadísticas se recogen en el [anexo II](#).

Al realizar el análisis descriptivo se observó, de forma general (Tablas 3 y 4), que: (1) los chicos perciben tener mejor salud que las chicas (chicos 69%, chicas 56%); (2) la mayor parte de los participantes en el estudio (55.9% chicos, 77.2% chicas) no cumplen con los mínimos de práctica recomendados; (3) el alumnado considerado menos activo percibe tener una peor salud que el activo; (4) el alumnado con obesidad es el que presenta peor percepción de salud; (5) el alumnado demanda mayoritariamente la práctica en clubs; (6) el alumnado con amistades más activas son los que perciben tener mejor salud; (7) los chicos practican habitualmente con sus amistades más que las chicas y (8) el alumnado que duerme 8 a 10 horas percibe tener mejor salud.

Los resultados de los contrastes bivariantes para los chicos (Tabla 3) denotaron la existencia de asociación entre la percepción de salud y los diferentes hábitos de vida considerados. De esta forma los chicos que afirman tener una mejor percepción de salud son los activos, con peso normal, con una elevada cantidad de horas de práctica tanto en clubs como actividad informal, que realizan el trayecto al centro educativo con gasto energético tanto en la ida como en la vuelta, que tienen amistades activas, que practican habitualmente junto a ellas y que duermen más de 11 horas. Destacar que son los chicos con peor percepción de salud los que presentan obesidad y duermen menos de 8 horas.

En cuanto a las asociaciones detectadas en las chicas (Tabla 4), las que mejor percepción de salud presentaron son las activas, con bajo peso, que practican una elevada cantidad de horas de práctica en clubs, que realizan el trayecto de vuelta del centro educativo con gasto energético, que sus amistades son activas y que practican habitualmente junto a ellas. Al contrario, aquellas con sobrepeso u obesidad y que duermen menos de 8 horas presentan una percepción de salud menor. Por el contrario no se encontró asociación con las variables método de transporte al colegio y hora a la que se van a dormir.

Tabla 3. Descriptivos de los hábitos de vida y la percepción de salud en el género masculino

Variable	Percepción de salud
----------	---------------------

		Buena		No buena		X ²	P	V
		N	%	N	%			
Práctica AF	No activos	275	33.9	178	22	33.157	0.000	0.202
	Activos	284	35.1	73	9			
IMC	Bajo peso	127	17.9	40	5.6	39.462	0.000	0.236
	Peso normal	192	27.1	56	7.9			
	Sobrepeso	138	19.5	62	8.8			
	Obesidad	41	5.8	52	7.3			
Método de transporte de casa al colegio	Sin gasto energético	337	43	175	22.3	6.999	0.008	0.094
	Con gasto energético	204	26	68	8.7			
Método de transporte del colegio a casa	Sin gasto energético	314	40.5	159	20.5	4.387	0.036	0.075
	Con gasto energético	222	28.6	80	10.3			
Tiempo de práctica informal	1 hora o menos	165	22.1	96	12.9	16.846	0.000	0.150
	2 a 3 horas	196	26.3	87	11.7			
	4 horas o más	163	21.8	39	5.2			
Tiempo de práctica en clubs	1 hora o menos	61	11.2	42	7.7	33.579	0.000	0.249
	2 a 3 horas	159	29.3	65	12			
	4 horas o más	188	34.7	27	5			

Práctica de sus amistades	Práctica escasa o nula	83	10.4	84	10.5	36.591	0.000	0.214
	Práctica habitual	468	58.6	164	20.5			
Práctica junto a sus amistades	Práctica escasa o nula	191	23.8	135	16.8	27.356	0.000	0.185
	Práctica habitual	361	45.1	114	14.2			
Hora a la que te vas a dormir	A las 22h o antes	232	29.2	98	12.3	6.994	0.030	0.094
	De 22h a medianoche	214	26.9	84	10.6			
	A medianoche o posterior	101	12.7	66	8.3			
Cuántas horas duermes	Menos de 8h	101	12.8	65	8.3	9.159	0.010	0.108
	De 8 a 10h	417	53	173	22			
	Más de 10h	26	3.3	5	0.6			

X^2 = Chi Cuadrado; P = nivel de significación; V = V de Cramer.

Tabla 4. Descriptivos de los hábitos de vida y la percepción de salud en el género femenino

Variable		Percepción de salud						
		Buena		No buena				
		N	%	N	%	X ²	P	V
Práctica AF	No activos	342	40.3	313	36.9	17.269	0.000	0.143
	Activos	134	15.8	60	7.1			
IMC	Bajo peso	132	17.5	53	7	44.526	0.000	0.243
	Peso normal	156	20.7	106	14.1			
	Sobrepeso	104	13.8	101	13.4			
	Obesidad	33	4.4	69	9.1			
Método de transporte del colegio a casa	Sin gasto energético	279	33.3	244	29.1	4.087	0.044	0.070
	Con gasto energético	190	22.7	124	14.8			
Tiempo de práctica en clubs	1 hora o menos	79	18.6	45	10.6	8.038	0.018	0.138
	2 a 3 horas	107	25.2	71	16.7			
	4 horas o más	93	21.9	30	7.1			
Práctica de sus amistades	Práctica escasa o nula	169	20	189	22.4	19.168	0.000	0.151
	Práctica habitual	303	35.9	183	21.7			
	Práctica escasa o nula	310	36.3	284	33.5	12.524	0.000	0.122

Práctica								
junto a sus	Práctica habitual	166	19.6	88	10.4			
amistades								
Cuántas	Menos de 8h	95	11.3	105	12.5			
	De 8 a 10h	367	43.5	257	30.5	9.034	0.011	0.104
	Más de 10h	13	1.5	6	0.7			

X^2 = Chi Cuadrado; P = nivel de significación; V = V de Cramer.

En el análisis multivariante, se ha utilizado un árbol de clasificación para los chicos y otro para las chicas. En el caso del de los chicos, mostró que variables independientes constituyeron factores determinantes en su percepción de salud (Figura 1), con un porcentaje pronosticado global de 72.4%. En base a estos factores se estableció un árbol con 6 nodos de contraste, 2 nodos de nivel uno establecidos por el tiempo de práctica en clubs, 2 de nivel 2 por el IMC y, por último, 2 de nivel 3 por la práctica de sus amistades.

Antes de la división por nodos se aprecia que la tendencia de los niños es a percibir tener una buena salud ($n=560$, percepción de salud buena=69.1%). En el nivel 1 de influencia se observa el tiempo de práctica en clubs, viéndose cómo los jóvenes que practican más horas (nodo 2, percepción de salud buena=84.8%) perciben tener un mejor estado de salud que los que practican menor cantidad de horas (nodo 1, percepción de salud buena=62.5%). Dentro del grupo de menor número de horas de práctica (nodo 1) se observa como el IMC tiene influencia sobre ellos, dando lugar a dos grupos, al de niños con obesidad (nodo 3), los cuales tienen una peor percepción de salud (percepción de salud buena=35.6%) que los participantes integrados en el otro grupo (nodo 4), siendo estos las personas de bajo peso, peso normal o sobrepeso (percepción de salud buena=66.5%).

A su vez, la cantidad de práctica de AF de sus amistades repercute sobre este nodo 4, viendo como adolescentes que tienen amistades que apenas practican AF (nodo 5) tienen peor percepción de salud (percepción de salud buena=47.7%) que los jóvenes con amistades que son activas (nodo 6, percepción de salud buena=73%).

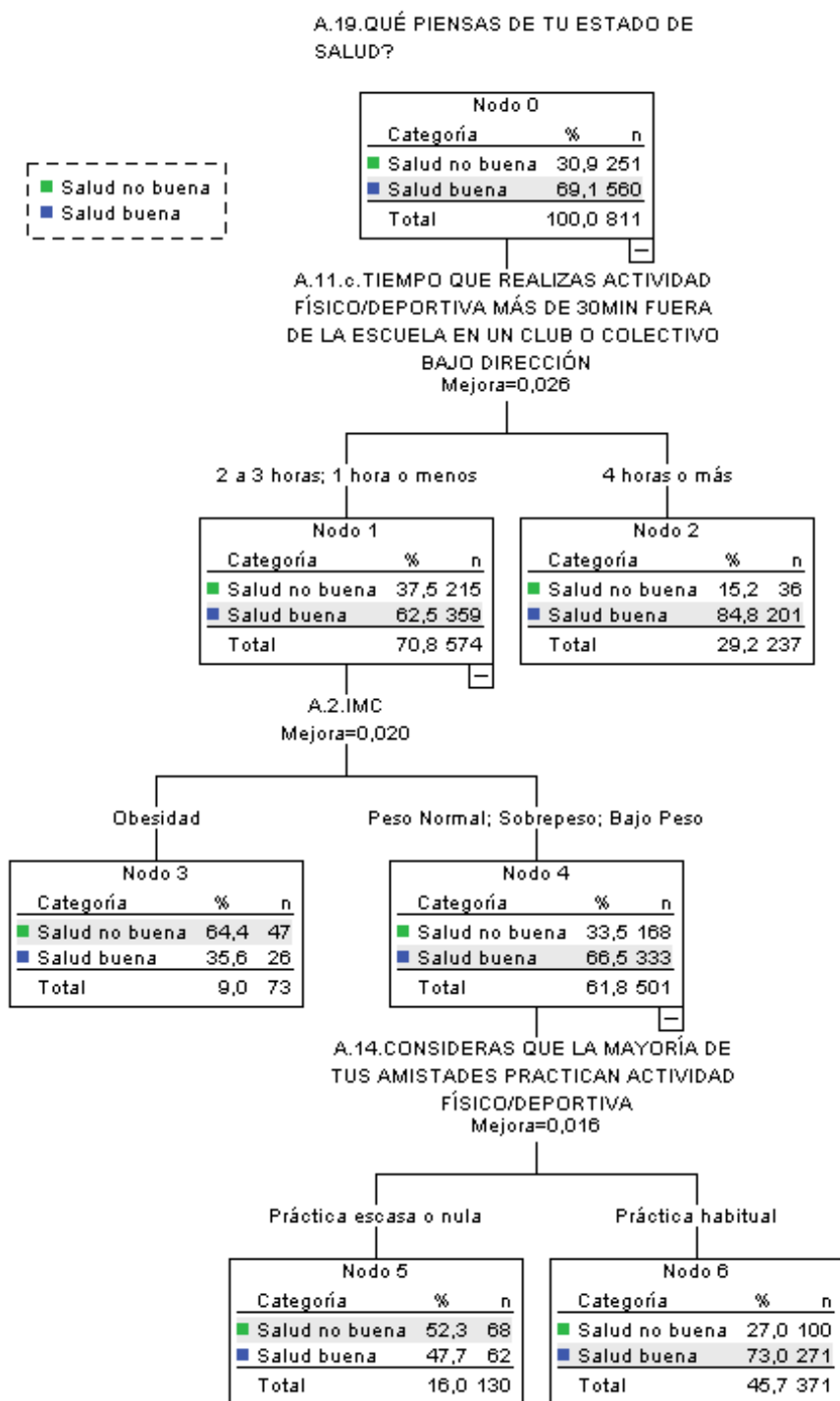


Figura 1. Árbol de clasificación en chicos

Para el grupo de las chicas (Figura 2), el programa informático creó 6 nodos de contraste, 2 nodos de nivel uno establecidos por el IMC, 2 de nivel 2 por la práctica de las amistades y, por último, 2 de nivel 3 por el IMC. El porcentaje pronosticado global fue 63.1%.

Al inicio se aprecia que las niñas perciben tener una buena salud ($n=480$, percepción de salud buena=56.1%). En el nivel 1 de influencia se observa el IMC, dando lugar al grupo de las adolescentes con obesidad (nodo 2), las cuales perciben tener peor salud (percepción de salud buena=32.4%) que las niñas con bajo peso, peso normal y sobrepeso (nodo 1, percepción de salud buena=59.3%).

Directamente sobre este nodo 1 se ve la influencia de la práctica de AF de las amistades, observándose como las niñas con amistades sedentarias (nodo 3, percepción de salud buena=50%) perciben tener peor salud que las niñas con amistades activas (nodo 4, percepción de salud buena=65.9%).

Por último, el IMC vuelve a ejercer una influencia, en este caso sobre el nodo 3, viéndose a un grupo de niñas de bajo peso con una percepción de salud alta (nodo 5, percepción de salud buena=70%) en comparación con las niñas de peso normal o sobrepeso (nodo 6, percepción de salud buena=45.3%).

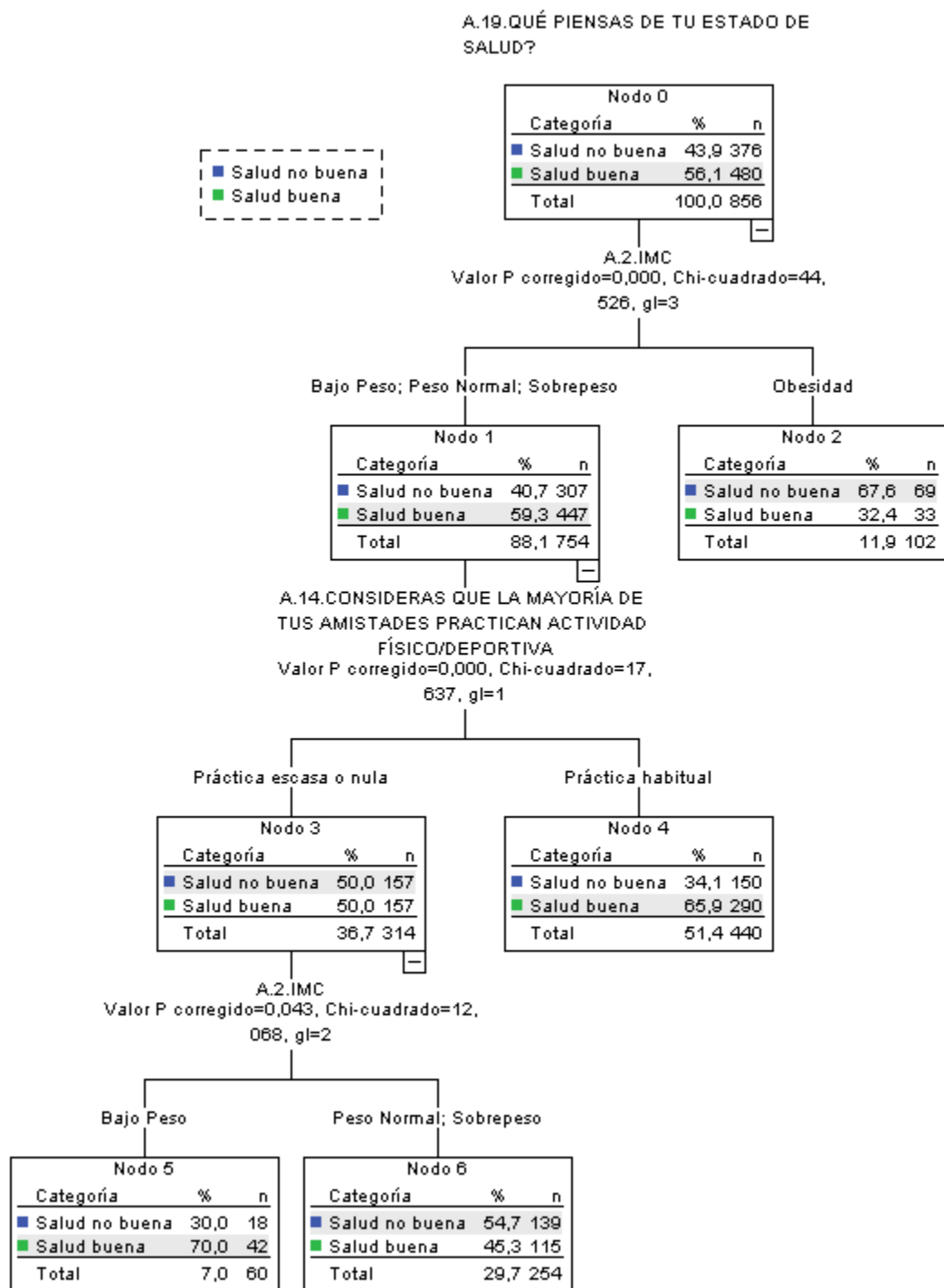


Figura 2. Árbol de clasificación en chicas

Discusión

El objetivo de este estudio fue conocer la relación que existe entre la percepción de salud de los jóvenes escolares en la Comunidad Autónoma de Galicia y diversas variables relacionadas con los hábitos de vida.

Los resultados indican que el comportamiento de chicos y chicas es diferente, percibiendo el género masculino tener una mejor salud que el femenino, lo que concuerda con la bibliografía (Erginoz et al., 2004; Vingilis et al., 2002) y, a su vez, motivó a realizar en este trabajo el análisis diferenciando por género. A la hora de explicar estas diferencias, puede que la mayor preocupación por parte de las niñas acerca de su salud, pueda deberse a mayores niveles de estrés en relación con su apariencia, peso corporal y relaciones sociales (Tremblay, Dahiten & Kohen, 2003).

Por otro lado se puede apreciar que el porcentaje de jóvenes de ambos géneros no activos es muy elevado (66.8%), coincidiendo con estudios como el de Sallis et al. (2016). Estas personas perciben tener un peor estado de salud que las activas, indistintamente del género, lo que viene a corroborar lo observado en diferentes estudios (Castillo & Balaguer, 1998; Pastor, Balaguer, Pons & García-Merita, 2003).

Si nos centramos en la práctica de actividad físico-deportiva organizada, un mayor índice de práctica incrementa la preocupación por la salud, especialmente en la infancia y la adolescencia (Moscoso & Moyano, 2009). Observamos, de acuerdo con estos autores, que existen diferencias en relación con la AF informal, al comprobar que los chicos y chicas inscritos en escuelas deportivas, clubes o asociaciones deportivas eran los que se percibían con mejor salud.

De la misma forma, se aprecia una influencia del IMC, donde los jóvenes con obesidad de ambos géneros perciben tener los peores niveles de salud. Sin embargo, dentro de los niveles de sobrepeso sólo se aprecia una mala percepción de salud en las chicas. Los chicos que mejor percepción de salud tienen se encuentran en un peso normal, en cambio, las chicas se perciben más saludables en niveles de bajo peso, esto puede generar un problema, ya que unos valores de destacada delgadez junto a una percepción de que en esa situación su salud es la ideal, puede generar problemas que derivan de una malnutrición, pudiéndose ver casos de anorexia o de bulimia, siendo difícil modificar este pensamiento al creer que su salud es ideal en estos valores. Estos resultados vienen a corroborar lo encontrado en otros estudios (Abellán, 2013; Mota et al., 2012).

Otra de las variables analizadas en este estudio es la relación entre la percepción de salud y el recorrido al centro educativo. Se observa una relación positiva entre la realización de este recorrido con un gasto considerable de energía (andando o en bici) y una buena percepción de salud. Por el contrario, no se encuentra relación con la duración de este recorrido, algo que sí se destaca en otros estudios como el de Marques et al. (2016b).

Si se tiene en cuenta la práctica que realizan las amistades y la del alumnado junto a ellas, se observa como a mayor percepción de salud, más cantidad de práctica de AF realizan sus amistades. Del mismo modo los jóvenes practican con más frecuencia junto a sus amistades cuanto mayor sea su percepción de salud. Esto viene a reforzar los resultados obtenidos por Maturo & Cunningham (2013), quienes tras realizar una revisión bibliográfica destacaron la existencia de una relación positiva entre la AF e indicadores de influencia de los amigos cómo son una comunicación positiva acerca de la práctica de AF, los niveles de práctica de las amistades y la presencia de estas durante sus prácticas físicas, misma conclusión que comparten otros estudios (Marques, Martins, Peralta, Carreiro da Costa & Piéron, 2015; Sawka et al., 2013).

Por último, los hábitos de sueño parecen influir a la hora de percibir la salud, tanto en la cantidad de horas de sueño cómo a la hora a la que se acuestan. En el estudio de Page et al. (2009) se observa cómo los participantes que percibían tener una mala salud no llegaban a dormir un mínimo de 7-8 horas diarias, mismos resultados que los encontrados en este estudio.

El presente estudio además de aportar datos sobre la relación existente entre la percepción de salud y variables que ya fueron estudiadas, pretendió incluir una innovadora visión en cuanto al conocimiento de la relación con otras variables tales como el transporte al centro educativo y el lugar de realización de cada comida del día. La variable transporte ya ha sido comentada a lo largo de este trabajo, sin embargo, no se ha encontrado asociación entre la variable percepción de salud y el lugar de realización de cada comida. Esto puede significar un punto fuerte de nuestro estudio, pero a su vez una debilidad, ya que no se pueden realizar comparaciones directas con otros estudios.

Conclusiones

Siendo la escuela un lugar privilegiado para la promoción de AF y de creación de estilos de vida activos y saludables, debería tener en consideración estos resultados, ya que entre otros, se puede observar cómo la percepción de salud está influenciada directamente por

diversidad de variables, entre ellas el género, la práctica de AF propia y de sus amistades, el tipo de AF realizada (no formal e informal), el IMC, el recorrido al centro educativo y el sueño.

Las chicas (en relación a los chicos), los jóvenes de ambos géneros físicamente inactivos y con obesidad y las chicas con sobrepeso son los que perciben tener peor salud. De tal forma que para modificar su percepción y posiblemente su salud, los datos parecen sugerir que importa mejorar su alimentación, su práctica de AF, el transporte activo a la escuela y el sueño.

Teniendo en cuenta estos resultados, parece que la percepción de salud es una variable influenciada por diversidad de variables relacionadas con los hábitos de vida. El conjunto de todos forjarán la percepción que tiene cada persona sobre su salud. Por ello, se debe analizar la influencia de más diversidad de variables, centrándonos en diferentes dimensiones como pueden ser las opiniones, gustos o resultados académicos, la influencia que ejerce la familia para así poder comprender de manera más completa los factores que influyen en la percepción de salud.

Estudio 2. Relación entre la percepción de salud y el autoconcepto físico en jóvenes escolares

Resumen

Este trabajo busca conocer la relación entre el autoconcepto físico y la percepción de salud en jóvenes escolares. Se aplicó una metodología de encuesta (cuestionario) sobre una muestra de 1697 alumnos (824 niños y 873 niñas) de entre 12 y 16 años ($\bar{x}=14.28$; $s=1.062$).

Para analizar los datos y valorar la asociación entre variables se realizó la prueba de chi-cuadrado, la V de Cramer fue utilizada para cuantificar el grado de asociación. Finalmente se realizó un análisis multivariante mediante árbol de clasificación CRT para identificar las variables relacionadas con el autoconcepto físico que determinan en mayor medida la percepción de salud.

Los resultados muestran que los chicos perciben tener mejor salud y un mayor autoconcepto físico que las chicas. Asimismo, se ha encontrado una relación positiva entre la percepción de salud en ambos géneros y el autoconcepto físico, en cada uno de sus subdominios.

En conclusión, las percepciones de los jóvenes acerca de su salud están influenciadas por cada uno de los subdominios del autoconcepto físico.

Palabras clave

Percepción de salud, Género, Autoconcepto físico.

Objetivos

Conocer la relación existente entre la percepción de salud y el autoconcepto físico en todos sus subdominios: competencia deportiva, condición física, atractivo físico y fuerza.

Identificar los rasgos característicos que muestra cada género en función del nivel de salud percibida, observando el grado de influencia de los diferentes subdominios del autoconcepto físico.

Variables

Las variables independientes estudiadas en este estudio, se recogen en la tabla 5. La variable dependiente es la percepción de salud.

Tabla 5. Variables del estudio 2

Variables	Categorías	Subdominios
Cualidades atléticas	Nada; Poco; Medio; Bastante; Mucho	Competencia deportiva
Ligereza y elegancia		Condición física
Agilidad		
Estado de forma		
Rapidez		
Delgadez		Atractivo físico
Satisfacción con la apariencia propia		
Fuerza		Fuerza
Género	Masculino; Femenino	--
Percepción de salud	Percepción buena; percepción no buena	--

Resultados

Las pruebas estadísticas se recogen en el [anexo III](#).

Se presentan las frecuencias de cada posible respuesta a través de los descriptivos, pudiéndose observar como los chicos (Tabla 6) tienen una percepción más elevada en cada uno de los subdominios del autoconcepto físico que las chicas (Tabla 7). Los primeros entre la categoría mucho y bastante, cercanos o superiores al 50% en cada uno de los dominios, sin embargo, las chicas entre el 20% y el 30%.

En estas tablas (6 y 7), se aprecia una relación positiva entre la percepción de salud y los diferentes niveles del autoconcepto físico, observándose en los adolescentes con mejores niveles de autoconcepto físico una elevada percepción del estado de salud, tanto en el género masculino como en el femenino.

Igualmente, cabe destacar que, dentro del atractivo físico, cuando se pregunta acerca de su percepción sobre el nivel de delgadez, las chicas (Tabla 7) relacionan un elevado nivel de delgadez a un buen estado de salud, no viéndose lo mismo en chicos (Tabla 6).

Se encuentra una fuerte asociación en ambos géneros entre la percepción de salud y el autopercebirse en forma.

Tabla 6. Descriptivos, valor de la prueba y p valor del autoconcepto físico y la percepción de salud en el género masculino

		Niños						
Variable		Percepción de salud						
		Buena		No buena				
		N	%	N	%	X ²	P	V
Tengo buenas cualidades atléticas	Nada	10	1.27	19	2.4	111.999	0.000	0.378
	Poco	30	3.8	52	6.6			
	Medio	120	15.3	85	10.8			
	Bastante	165	21	56	7.1			
	Mucho	218	27.8	30	3.8			
Soy ligero y elegante	Nada	7	0.9	6	0.8	57.021	0.000	0.271
	Poco	28	3.6	42	5.4			
	Medio	160	20.6	98	12.6			
	Bastante	207	26.7	62	8			
	Mucho	136	17.5	29	3.7			
Soy ágil	Nada	9	1.1	10	1.3	52.815	0.000	0.259
	Poco	24	3.1	36	4.6			
	Medio	113	14.4	68	8.7			
	Bastante	195	24.8	87	11.1			
	Mucho	201	25.6	42	5.3			
Estoy en forma	Nada	8	1	18	2.3	128.192	0.000	0.405

	Poco	27	3.5	46	5.9			
	Medio	101	12.9	91	11.6			
	Bastante	188	24.1	57	7.3			
	Mucho	217	27.8	28	3.6			
Soy rápido	Nada	11	1.4	14	1.8			
	Poco	24	3.1	40	5.1			
	Medio	109	13.9	74	9.4	87.385	0.000	0.334
	Bastante	173	22.1	79	10.1			
	Mucho	227	29	32	4.1			
Soy fuerte	Nada	11	1.4	8	1			
	Poco	40	5.1	31	4			
	Medio	131	16.7	76	9.7	16.571	0.002	0.146
	Bastante	197	25.2	71	9.1			
	Mucho	164	21	53	6.8			
Estoy muy delgado	Nada	7	0.9	17	2.2			
	Poco	48	6.1	49	6.3			
	Medio	219	28.1	108	13.8	59.475	0.000	0.276
	Bastante	188	24.1	38	4.9			
	Mucho	80	10.3	26	3.3			
Estoy satisfecho con mi apariencia	Nada	15	1.9	23	2.9			
	Poco	27	3.4	40	5.1			
	Medio	68	8.6	67	8.5	101.640	0.000	0.360
	Bastante	143	18.2	54	6.9			
	Mucho	293	37.3	56	7.1			

χ^2 = Chi Cuadrado; P= nivel de significación; V= V de Cramer.

Tabla 7. Descriptivos, valor de la prueba y p valor del autoconcepto físico y la percepción de salud en el género femenino

		Niñas						
Variable		Percepción de salud						
		Buena		No buena				
		N	%	N	%	χ^2	P	V
Tengo buenas cualidades atléticas	Nada	18	2.2	69	8.3	125.325	0.000	0.389
	Poco	57	6.9	84	10.2			
	Medio	155	18.7	140	16.9			
	Bastante	128	15.5	47	5.7			
	Mucho	110	13.3	19	2.3			
Soy ligero y elegante	Nada	8	1	33	4	53.122	0.000	0.253
	Poco	49	5.9	68	8.2			
	Medio	165	19.9	141	17			
	Bastante	166	20	76	9.2			
	Mucho	81	9.8	41	4.9			
Soy ágil	Nada	9	1.1	27	3.2	68.910	0.000	0.287
	Poco	37	4.4	59	7.1			
	Medio	135	16.2	148	17.7			
	Bastante	159	19	89	10.7			
	Mucho	131	15.7	41	4.9			
Estoy en forma	Nada	6	0.7	43	5.2	136.687	0.000	0.405
	Poco	65	7.8	92	11			

	Medio	125	15	151	18.1			
	Bastante	152	18.2	58	6.9			
	Mucho	121	14.5	21	2.5			
	Nada	10	1.2	31	3.7			
	Poco	50	6	85	10.2			
Soy rápido	Medio	144	17.2	122	14.6	73.016	0.000	0.296
	Bastante	146	17.5	93	11.1			
	Mucho	122	14.6	32	3.8			
	Nada	21	2.5	31	3.7			
	Poco	64	7.7	83	10			
Soy fuerte	Medio	161	19.4	113	13.6	21.425	0.000	0.161
	Bastante	147	17.7	91	11			
	Mucho	76	9.2	43	5.2			
	Nada	10	1.2	36	4.3			
	Poco	58	7	80	9.7			
Estoy muy delgado	Medio	209	25.3	145	17.5	45.346	0.000	0.234
	Bastante	126	15.2	66	8			
	Mucho	64	7.7	33	4			
	Nada	22	2.6	68	8.1			
	Poco	41	4.9	62	7.4			
Estoy satisfecho con mi apariencia	Medio	84	10	88	10.5	82.974	0.000	0.315
	Bastante	127	15.2	64	7.6			
	Mucho	197	23.6	83	9.9			

X^2 = Chi Cuadrado; P = nivel de significación; V = V de Cramer.

Los resultados del análisis multivariante para los chicos diseñaron un árbol de clasificación compuesto por 8 nodos de contraste, 2 de nivel uno establecidos por la condición física, 4 de nivel 2 por competencia deportiva y, por último, 2 de nivel 3 por el atractivo físico. El porcentaje pronosticado global fue 75.4% (Figura 3).

Al inicio se aprecia que la tendencia de los chicos es a percibir tener una buena salud (n=550, percepción de salud buena=69.3%). En el nivel 1 de influencia se observa la percepción del estado de forma, viéndose cómo los adolescentes que mejor valoran su estado de forma (nodo 2, percepción de salud buena=82.6%) perciben tener un mejor estado de salud que los que valoran negativamente su estado de forma (nodo 1, percepción de salud buena=46.6%). En el grupo que mejor valora su estado de forma (nodo 2) se observa una influencia por la competencia deportiva, siendo el grupo que mejor percibe su competencia deportiva (nodo 6) los que perciben tener mejor salud (percepción de salud buena=87.6%) que los que no valoran positivamente su competencia deportiva (nodo 5, percepción de salud buena=62.2%).

Por otro lado y volviendo al nivel 1 de influencia, se ve como dentro del grupo que peor valoran su estado de forma (nodo 1) se puede apreciar como la competencia deportiva tiene influencia sobre ellos, creándose dos grupos, el de valoración baja o muy buena (nodo 4), los cuales perciben tener peor salud (nodo 3, percepción de salud buena=34.2%) que los que valoran su competencia deportiva con niveles medios o buenos.

A su vez, el atractivo físico repercute sobre el nodo 3, viéndose como los jóvenes que tienen en alta estima la satisfacción de su apariencia (nodo 7) perciben tener mejor salud (percepción de salud buena=65.9%) que los que no están conformes con su apariencia (nodo 8, percepción de salud buena=43%).

A.19. QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD?

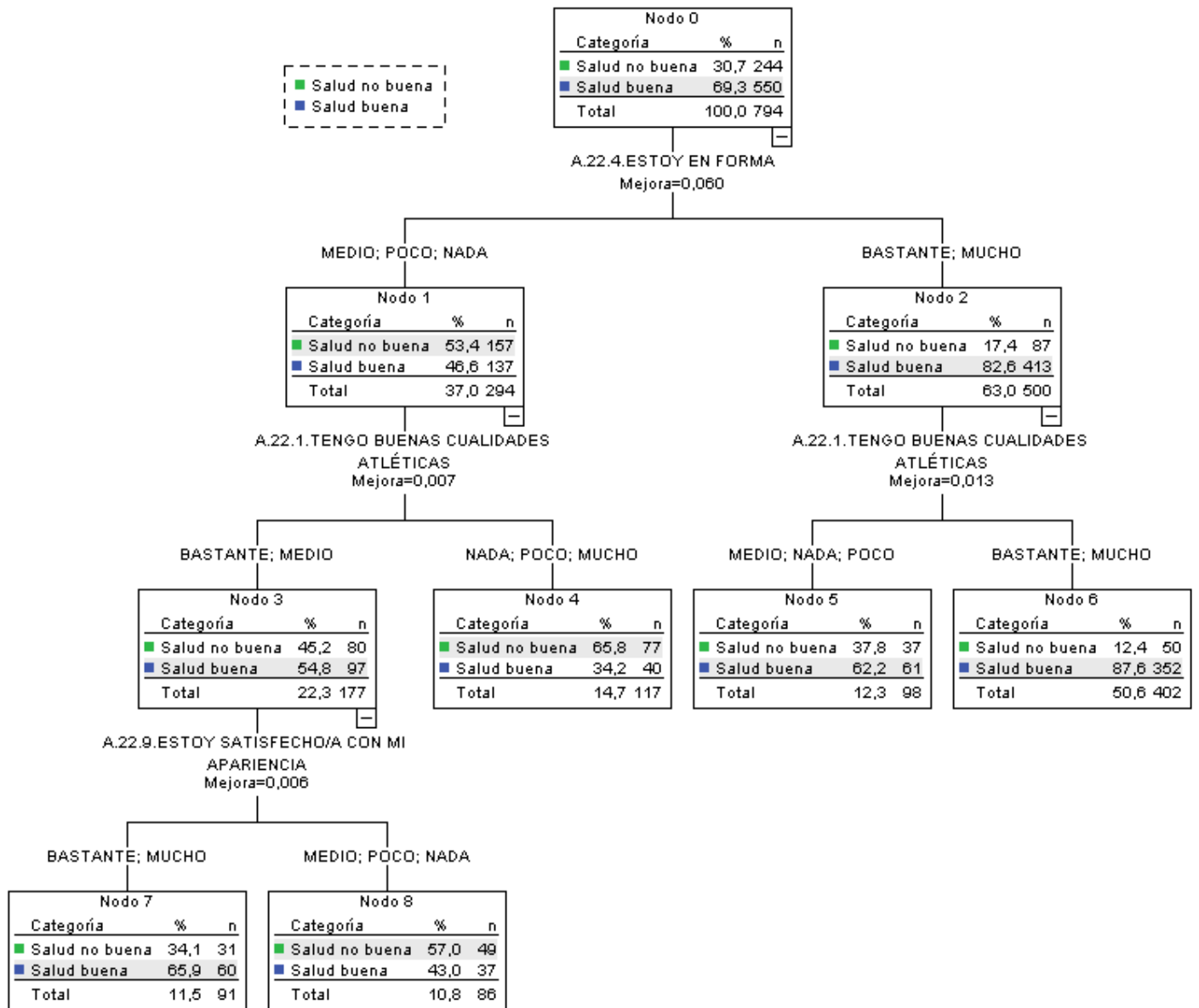


Figura 3. Árbol de clasificación en chicos del estudio 2

Para las chicas se crearon 10 nodos de contraste, 2 de nivel uno establecidos por la condición física, 4 de nivel 2 por la competencia deportiva y el atractivo físico y, por último, 4 de nivel 3 por la competencia deportiva. El porcentaje pronosticado global fue 70.1% (Figura 4).

De inicio se aprecia como las niñas perciben tener una buena salud ($n=476$, percepción de salud buena=56.2%). En el nivel 1 de influencia se observa la percepción del estado de forma, viéndose cómo las adolescentes que mejor valoran su estado de forma (nodo 2, percepción de salud buena=77.7%) perciben tener un mejor estado de salud que las que valoran negativamente su estado de forma (nodo 1, percepción de salud buena=22.3%). En el grupo que mejor valora su estado de forma (nodo 2) se observa una influencia por la competencia deportiva, siendo el grupo que mejor percibe su competencia deportiva (nodo 6) las que perciben tener mejor salud (percepción de salud buena=85.4%) que las que no valoran positivamente su competencia deportiva (nodo 5, percepción de salud buena=60.7%).

Por otro lado, y volviendo al nivel 1 de influencia, se ve como dentro del grupo que peor valoran su estado de forma (nodo 1) la apariencia física influye sobre ellos, apareciendo dos grupos, las que están satisfechos con su apariencia (nodo 3), las cuales perciben tener mejor salud (percepción de salud buena=52.3%) que las que no lo están (nodo 4, percepción de salud buena=31.3%).

Por último, en el tercer nivel se observa una influencia sobre las chicas que no están satisfechas con su apariencia, dicha influencia viene dada por la competencia deportiva, siendo las adolescentes que tienen una opinión más extrema tanto positiva como negativamente las que peor salud perciben (nodo 9, percepción de salud buena=10.5%), viéndose un porcentaje superior cuando la percepción de su competencia deportiva es media (nodo 10, percepción de salud buena=36.7%).

Del mismo modo, sobre el grupo que se sienten satisfechas con su apariencia (nodo 3) también existe una influencia de la competencia deportiva, en este caso cuando esta competencia deportiva es percibida positivamente (nodo 7, percepción de salud buena=61.5%) la percepción de salud es mayor que en el caso negativo (nodo 8, percepción de salud buena=42.9%).

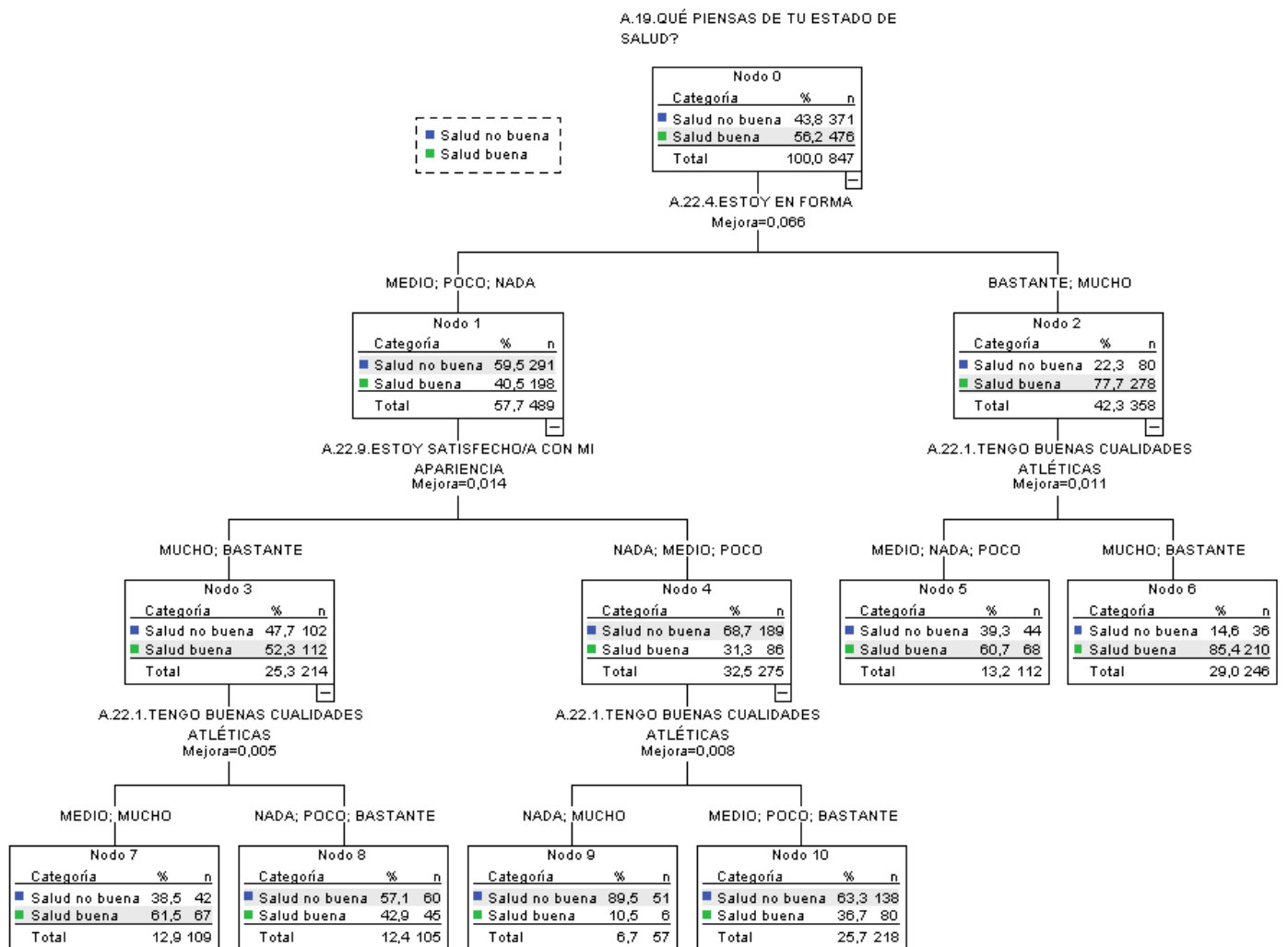


Figura 4. Árbol de clasificación en chicas del estudio 2

Discusión

El objetivo de esta investigación fue conocer la relación existente entre la percepción de salud y los diferentes subdominios del autoconcepto físico de jóvenes escolares, teniendo en cuenta el género como variable determinante de las diferencias apreciadas.

Esta diferenciación en el análisis, vino motivada al encontrarse en la bibliografía existente un comportamiento diferente en función del género, tanto en la percepción de salud (Vingilis et al., 2002) como en la percepción del autoconcepto físico (Lubans et al., 2011; Raustorp, Stahle, Gudasic, Kinnunen y Mattsson, 2005). Esto se ratificó en nuestro estudio al comparar las respuestas de los chicos con las de las chicas, los resultados observados denotaron valores más altos en los primeros, tanto en la percepción de salud como en los diferentes subdominios del autoconcepto físico. La razón podría ser que las chicas se ven sometidas a mayores niveles de estrés y a una mayor preocupación acerca de la apariencia, relaciones sociales y en gran medida al peso corporal (Tremblay et al., 2003).

Al analizar la relación existente entre la percepción de salud y el autoconcepto físico, se comprobó que esta fue positiva en ambos géneros. Cuanto mayor sea la percepción del autoconcepto físico mayor será la percepción del estado de salud. Esta relación se encontró en cada uno de los subdominios propuestos por Fox & Corbin (1989). Estos resultados concordaron con lo observado en otros estudios (Hands, Parker, Rose & Larkin, 2016).

Viendo la influencia que tiene el autoconcepto físico sobre la percepción de salud, siendo esta un potente predictor de la salud real (Nummela et al., 2008; Vingilis et al., 2002), se hace importante conocer por qué factores se ve influenciado este autoconcepto físico, para con su aumento lograr una mejora la salud autopercebida. Así la existencia de una percepción de salud física y mental positiva proporciona un grado de satisfacción vital elevado (Castro & Sánchez, 2000), afectando ésta en la adolescencia a la adaptación y favoreciendo el desarrollo personal y social (Huebner et al., 2004).

Otro de los factores determinantes en la formación del autoconcepto físico fue la práctica de AF, influyendo en ambos géneros positivamente cuanto mayor sea esta práctica (Moreno-Murcia, Cervelló, Huéscar & Llamas, 2011; Reigal-Garrido, Videra-García, Parra-Flores & Juárez Ruiz de Mier, 2012). Además, esta influencia positiva sobre el

autoconcepto físico será mayor cuando esta práctica esté asentada entre los hábitos de vida (Reigal-Garrido et al., 2012). Así, parece fundamental promover la AF como forma de potenciar la aptitud física y la salud de los adolescentes.

A nivel social, estos están sometidos a una presión y una elevada preocupación por el atractivo físico, influyendo a ambos géneros en sus opiniones acerca del autoconcepto físico. Los chicos están más afectados por aspectos relacionados con la condición física, la fuerza y la habilidad deportiva (Molero, Ortega-Álvarez, Valiente-Martínez & Zagalaz, 2010), en cambio las chicas por aspectos relacionados con el atractivo físico (Hayes, Crocker & Kowalsky, 1999). De esta manera, la formación del autoconcepto físico dependerá de la influencia de estos factores, teniendo más peso en la percepción de los niños la fuerza y el ego personal y en las niñas el atractivo físico (Hayes et al., 1999; Molero et al., 2010).

El IMC también fue otro factor influyente en la formación del autoconcepto físico, destacando especialmente sobre la competencia deportiva y la atracción física al darse una relación inversa, siendo más pronunciado en las niñas. El subdominio que menos se ve afectado por el IMC es la percepción de fuerza (Raustorp et al., 2005).

Conclusiones

Podemos concluir destacando la relación positiva observada entre la percepción de salud y la percepción del autoconcepto físico. Así un aumento del autoconcepto físico se presenta como una oportunidad para mejorar la salud autopercebida, afectando positivamente en la calidad de vida de los jóvenes.

Aunque parece que la relación entre la salud autopercebida y la percepción del autoconcepto físico es positiva, se deberían llevar a cabo más estudios que puedan esclarecer este conocimiento, centrándose en los motivos que pueden afectar en la formación de estas percepciones, pudiendo así intervenir sobre ellos para mejorar la calidad de vida en esta etapa tan importante como es la adolescencia.

Estudio 3. Relación entre la percepción de salud y la valoración de la Educación Física como materia del currículum escolar en jóvenes escolares

Resumen

El objetivo de este estudio fue analizar la relación entre la valoración que tiene el alumnado sobre la EF y su percepción de salud. Se aplicó una metodología de encuesta (cuestionario) sobre una muestra de 1697 alumnos (824 chicos y 873 chicas) de entre 12 y 17 años (\bar{x} =14.28; s =1.062).

En el análisis estadístico se utilizó la prueba Chi-Cuadrado para conocer la asociación entre las variables del estudio, la V de Cramer para cuantificar el grado de asociación, y un CRT para determinar los grupos de influencia en la percepción de salud.

Los resultados muestran una relación positiva entre la percepción de salud y el gusto por la EF en ambos géneros, de tal forma que tanto los chicos como las chicas que no perciben tener buena salud se caracterizan por no considerar como importante los aprendizajes que ofrece la EF. Sin embargo, no se ha encontrado relación entre la utilidad que le dan los jóvenes a la asignatura y la percepción de salud que tienen.

Como conclusión, podemos observar como el gusto por la EF y la importancia dada por el alumnado a los aprendizajes que se obtienen de ella están relacionados con la percepción de salud de los jóvenes.

Palabras clave

Percepción de salud, Educación Física, Adolescentes.

Objetivos

Observar la relación entre la percepción de salud y el gusto hacia la EF, la valoración de la misma y la importancia dada a los aprendizajes que se pueden adquirir a través de la asignatura.

Determinar los rasgos característicos que muestra cada género en función del nivel de salud percibida, observando el grado de influencia del gusto hacia la EF, la valoración de la misma y la importancia dada a los aprendizajes que se pueden adquirir a través de la asignatura.

Variables

Las variables independientes estudiadas en este trabajo, se recogen en la tabla 8. La variable dependiente es la percepción de salud.

Tabla 8. Variables del estudio 3

Variable	Categorías
Gusto por la EF	No me gusta nada; no me gusta mucho; me es indiferente; me gusta bastante; me gusta mucho
Utilidad de la EF	Para liberar energías; para el aprendizaje o perfeccionamiento de técnicas deportivas, para tener una buena conducta moral, para promover estilos de vida activos, para proporcionar relajación y diversión y, para mejorar la condición física
Aprendizajes que se pueden adquirir a través de la EF y considera importantes: Practicar juegos de pelota de forma técnicamente correcta, jugar con los compañeros respetando la diversidad, organizar el propio entrenamiento, practicar deportes individuales de forma técnicamente correcta, sentirse bien con el cuerpo, ejercitar el cuerpo, relacionar ejercicio físico y salud, desempeñar diferentes papeles en las actividades deportivas, analizar reportajes deportivos, conocer otros deportes diferentes, aprender valores	Sí; No (A cada uno de los aprendizajes)
Percepción de salud	Percepción buena; percepción no buena

Resultados

Las pruebas estadísticas se recogen en el [anexo IV](#).

En las tablas 9 y 10 se describen las respuestas de los escolares acerca de las clases de EF. Se destaca: (1) el elevado gusto hacia la asignatura en ambos géneros; (2) la utilidad que le dan, prevaleciendo la búsqueda de la mejora de la condición física y la creación de hábitos de vida activos tanto en chicos como en chicas; (3) los aprendizajes que se pueden

adquirir a través de ella y que consideran importantes, fundamentalmente en ambos géneros la relación entre ejercicio físico y salud.

Respecto al gusto del alumnado por la EF, se puede observar una opinión positiva en ambos géneros. Esta valoración positiva es mayor en el género masculino, ya que se encuentran chicos que perciben tener buena salud y a su vez tienen un gusto muy elevado por la asignatura (me gusta mucho=34.8%). En cambio, en las chicas, la respuesta más encontrada es un gusto elevado (me gusta bastante), tanto si tienen buena percepción de salud (23.1%) como si no (18.8%).

Acerca de la concepción de los adolescentes hacia la EF, no existe unanimidad en la respuesta, aunque ambos géneros destacan la utilidad de la asignatura para la mejora de la condición física y la promoción de estilos de vida activos y saludables

En cuanto a los aprendizajes que se pueden adquirir a través de la EF y consideran importantes, los chicos indistintamente de su percepción de salud destacan el aprender a practicar juegos de pelota de forma técnicamente correcta (87.1%), ejercitar el cuerpo (87.5%), sentirse bien con el propio cuerpo (88%) y relacionar ejercicio físico y salud (90.4%). Por otro lado, las chicas destacan el ejercitar el cuerpo (88%), sentirse bien con el propio cuerpo (89.3%), relacionar ejercicio físico y salud (91.8%) y aprender valores relacionados con la práctica del ejercicio físico (88.7%).

Dentro de estas tablas 9 y 10, también podemos observar la relación de dependencia entre las distintas variables y la percepción de salud. Así nos encontramos con que la opinión acerca de las clases de EF y los distintos aprendizajes que se pueden adquirir a través de la EF y consideran importantes tienen relación de dependencia con la percepción de salud. No encontrándose relación con la utilidad que le dan a la EF.

De manera específica, los chicos que perciben tener buena salud tienen un alto gusto por la EF. Por el contrario cuando la percepción de salud no es buena el gusto por la asignatura es mínimo. Además, los chicos con una percepción de salud negativa no consideran importante la adquisición a través de la EF de los aprendizajes de practicar deportes individuales de forma técnicamente correcta, relacionar ejercicio físico y salud, sentirse bien con el propio cuerpo, conocer otros deportes diferentes y desempeñar diferentes papeles dentro del deporte.

En las chicas, cuando estas perciben tener buena salud tienden a tener un alto gusto por la EF. Si la percepción de salud no es positiva, las adolescentes no consideran importante

adquirir a través de la EF los aprendizajes de relacionar ejercicio físico y salud, ejercitar el propio cuerpo y conocer otros deportes diferentes.

Tabla 9. Descriptivos de la valoración de la EF y la percepción de salud en el género masculino

Variable	Categorías	Percepción de salud				X ²	P	V
		Buena		No buena				
		N	%	N	%			
Opinión sobre las clases de EF	No me gustan nada	9	1.5	13	1.7	23.125	0.000	0.172
	No me gustan mucho	23	2.9	14	1.8			
	Me son indiferentes	48	6.2	38	4.9			
	Me gustan bastante	191	24.5	84	10.8			
	Me gustan mucho	271	34.8	88	11.3			
Utilidad de la EF	Para liberar energías	53	9.8	18	3.3	1.528	0.910	0.053
	Para el aprendizaje de técnicas deportivas	82	15.2	35	6.5			
	Para adquirir una buena conducta moral	12	2.2	7	1.3			
	Para promover estilos de vida activos y saludables	109	20.2	43	8			
	Para proporcionar momentos de relajación y diversión	24	4.4	12	2.2			
	Para mejorar la condición física	100	18.5	44	8.2			
Importancia de practicar juegos con pelota	Sí	469	62	190	25.1	2.767	0.096	0.061
	No	61	8.1	36	4.8			
	Sí	452	60.7	183	24.6	3.187	0.074	0.065

Importancia de jugar respetando la diversidad	No	69	9.3	41	5.5			
Importancia de organizar tu propio entrenamiento	Sí	347	44.6	137	18.4	1.555	0.212	0.046
	No	175	23.5	85	11.4			
Importancia de practicar deportes individuales	Sí	415	56.3	161	21.8	3.927	0.048	0.073
	No	103	14	58	7.9			
Importancia de sentirte bien con tu propio cuerpo	Sí	469	63	186	25	8.374	0.004	0.106
	No	51	6.8	39	5.2			
Importancia de ejercitar el cuerpo	Sí	461	62	190	25.5	0.670	0.413	0.030
	No	62	8.3	31	4.2			
Importancia de relacionar el ejercicio físico y la salud	Sí	480	64.6	192	25.8	5.738	0.017	0.088
	No	41	5.5	30	4			
Importancia de desempeñar diferentes papeles: entrenador, árbitro...	Sí	303	41.4	104	14.2	7.513	0.006	0.101
	No	211	28.9	113	15.5			
Importancia de analizar reportajes deportivos	Sí	222	30.2	87	11.8	0.720	0.396	0.031
	No	293	39.9	132	18			
Importancia de conocer otros deportes diferentes	Sí	430	58.2	163	22.1	8.371	0.004	0.106
	No	88	11.9	58	7.9			
Importancia de aprender valores relacionados con la práctica del ejercicio físico	Sí	448	60.9	177	24	2.699	0.100	0.061
	No	71	9.6	40	5.4			

X^2 = Chi Cuadrado; P = nivel de significación; V = V de Cramer.

Tabla 10. Descriptivos de la valoración de la EF y la percepción de salud en el género femenino

Variable	Categorías	Percepción de salud				X ²	P	V
		Buena		No buena				
		N	%	N	%			
Opinión sobre las clases de EF	No me gustan nada	11	1.3	13	1.5	26.133	0.000	0.177
	No me gustan mucho	17	2	29	3.5			
	Me son indiferentes	55	6.6	70	8.3			
	Me gustan bastante	194	23.1	158	18.8			
	Me gustan mucho	191	22.8	100	11.9			
Utilidad de la EF	Para liberar energías	36	6	36	6.1	5.703	0.336	0.098
	Para el aprendizaje de técnicas deportivas	66	11.1	48	8.1			
	Para adquirir una buena conducta moral	8	1.3	10	1.7			
	Para promover estilos de vida activos y saludables	121	20.4	91	15.3			
	Para proporcionar momentos de relajación y diversión	23	3.9	23	3.9			
	Para mejorar la condición física	83	14	48	8.1			
Importancia de practicar juegos con pelota	Sí	360	44.1	283	34.7	0.064	0.801	0.009
	No	95	11.6	78	9.6			
Importancia de jugar respetando la diversidad	Sí	399	49.4	301	37.2	1.861	0.172	0.048
	No	6.7	7.9	54	6.7			
	Sí	281	35.1	204	25.5	1.770	0.183	0.047

Importancia de organizar tu propio entrenamiento	No	168	21	148	18.5			
Importancia de practicar deportes individuales	Sí	348	43.4	263	32.8	1.383	0.240	0.042
	No	99	12.4	91	11.4			
Importancia de sentirte bien con tu propio cuerpo	Sí	403	50.2	314	39.1	0.469	0.493	0.024
	No	45	5.6	41	5.1			
Importancia de ejercitar el cuerpo	Sí	404	50.5	300	37.5	6.368	0.012	0.089
	No	42	5.2	54	6.8			
Importancia de relacionar el ejercicio físico y la salud	Sí	421	52.4	317	39.4	5.253	0.022	0.081
	No	28	3.5	38	4.7			
Importancia de desempeñar diferentes papeles: entrenador, árbitro...	Sí	238	29.9	169	21.3	2.800	0.094	0.059
	No	204	25.7	184	23.1			
Importancia de analizar reportajes deportivos	Sí	125	15.8	111	14	1.058	0.304	0.037
	No	316	39.9	239	30.2			
Importancia de conocer otros deportes diferentes	Sí	377	47	271	33.8	7.358	0.007	0.096
	No	71	8.8	83	10.3			
Importancia de aprender valores relacionados con la práctica del ejercicio físico	Sí	407	50.6	307	38.1	3.851	0.050	0.069
	No	42	5.2	49	6.1			

χ^2 = Chi Cuadrado; P= nivel de significación; V= V de Cramer.

Posteriormente en el análisis multivariante, el árbol de clasificación elaborado para chicos mostró que 4 variables independientes constituyeron factores determinantes en su percepción de salud (Figura 5) con un porcentaje pronosticado global de 70.1%. En base a ello se establecieron 8 nodos de contraste, entre ellos 2 nodos de nivel 1 establecidos por la opinión de la EF, 4 de nivel 2 por la utilidad de la EF y la importancia de practicar otros deportes y, por último, 2 de nivel 3 por la importancia de desempeñar otros papeles en la AF.

Nos encontramos con que los chicos perciben tener buena salud (n=545, percepción de salud buena=69.3%). En el nivel 1 de influencia se localiza la opinión sobre las clases de EF, viéndose un grupo que recoge a los que les gusta bastante o mucho (nodo 1, n=465, percepción de salud buena=72.5%), y otro, con una percepción menor que recoge a los que no les gusta mucho, no les gusta nada o les es indiferente (nodo 2, n=80, percepción de salud buena=55.2%). Dentro de este nodo 1, se puede observar una influencia de la importancia que se le da a experimentar con otros deportes diferentes al que se practica, viéndose como los chicos que no le dan importancia, (nodo 3, n=58, percepción de salud buena=61.1%) perciben tener peor salud que los que sí que le dan importancia (nodo 4, n=407, percepción de salud buena=74.5%). A su vez, este nodo 4 recibe una influencia de la importancia dada a realizar diferentes papeles dentro de las actividades deportivas, siendo los adolescentes que sí que dan importancia los que tengan más percepción de salud (nodo 8, n=265, percepción de salud buena=76.1%) que los que no (nodo 7, n=142, percepción de salud buena=71.7%).

Por otra parte, en los chicos que no tenían aprecio por la asignatura de EF se observa una influencia de la utilidad que le dan a la asignatura, siendo los chicos que creen que la utilidad de la EF es promover estilos de vida activos y saludables, liberar energías y mejorar la condición física (nodo 5, n=57, percepción de salud buena=61.3%) los que tengan una mayor percepción de salud que los chicos que destacan como utilidad de la EF el promover el aprendizaje de técnicas deportivas, buscar relajación y diversión y para tener una buena conducta moral (nodo 6, n=23, percepción de salud buena=44.2%).

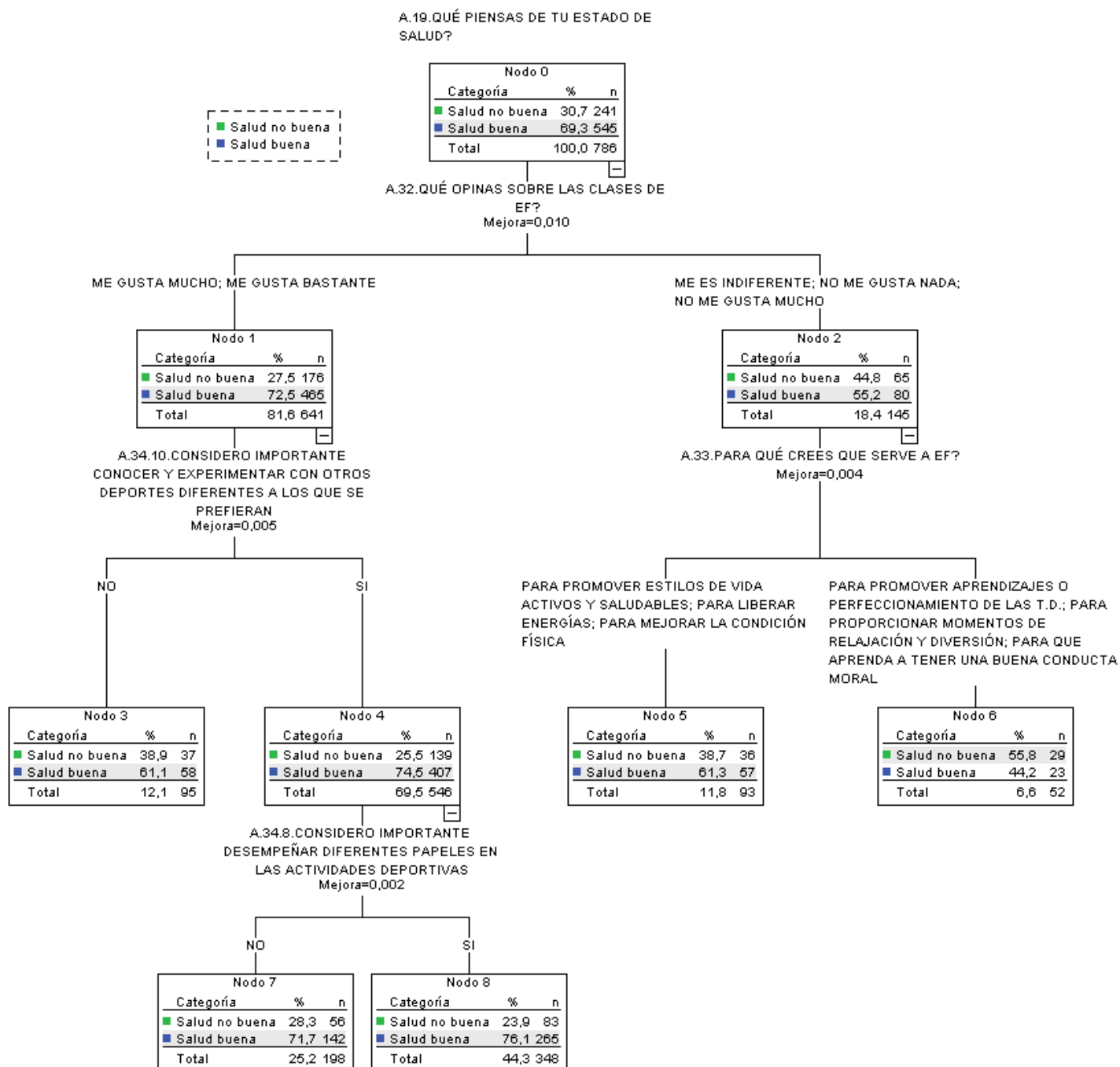


Figura 5. Árbol de clasificación en chicos del estudio 3.

Para el grupo de chicas (Figura 6), se crearon 10 nodos de contraste. Entre ellos, 2 de nivel 1 establecidos por la opinión de la EF, 4 de nivel 2 por la utilidad de la EF y la importancia de practicar otros deportes y, por último, 4 de nivel 3 por la opinión de las clases de EF y la importancia de organizar el propio entrenamiento. El porcentaje pronosticado global fue del 61.1%.

Las chicas, aunque en porcentajes menores que los chicos, siguen percibiendo tener buena salud (n=469, percepción de salud buena=55.9%). Como variable que más influye se encuentra la opinión sobre las clases de EF, encontrándonos con un grupo que recoge a los que les gusta bastante o mucho (nodo 1, n=386, percepción de salud buena=59.9%) y que percibe tener mejor salud que a los que no les gusta nada, no les gusta mucho o les es indiferente (nodo 2, n=83, percepción de salud buena=42.6%). A su vez, el nodo 1 se ve influenciado por la utilidad dada a la EF, viendo un grupo que le da la importancia de proporcionar momentos de relajación y diversión, liberar energías y tener una buena conducta moral (nodo 4, n=60, percepción de salud buena=50.8%) y otro que percibe tener mejor salud y que tienen como utilidad de la EF el promover estilos de vida activos y saludables, aprender técnicas deportivas y mejorar la condición física (nodo 3, n=326, percepción de salud buena=62%). Este nodo 3, sufre una influencia de nuevo del gusto hacia la EF, teniendo los sujetos con gusto máximo (nodo 8, n=163, percepción de salud buena=68.8%) mejor percepción de salud que a los que les gusta bastante (nodo 7, n=163, percepción de salud buena=56.4%).

Por otro lado, sobre el nodo 2 hay una influencia de considerar importante el conocer y experimentar otros deportes diferentes, teniendo una menor percepción de salud el grupo que no que lo considera importante (nodo 5, n=21, percepción de salud buena=28.8%) que el grupo que sí que le da importancia (nodo 6, n=62, percepción de salud buena=50.8%). A su vez, este nodo 6, se ve influenciado por dar importancia a organizar su propio entrenamiento, teniendo mejor percepción de salud los que sí que lo consideran importante (nodo 9, n=39, percepción de salud buena=61.9%) que los que no (nodo 10, n=23, percepción de salud buena=39%).

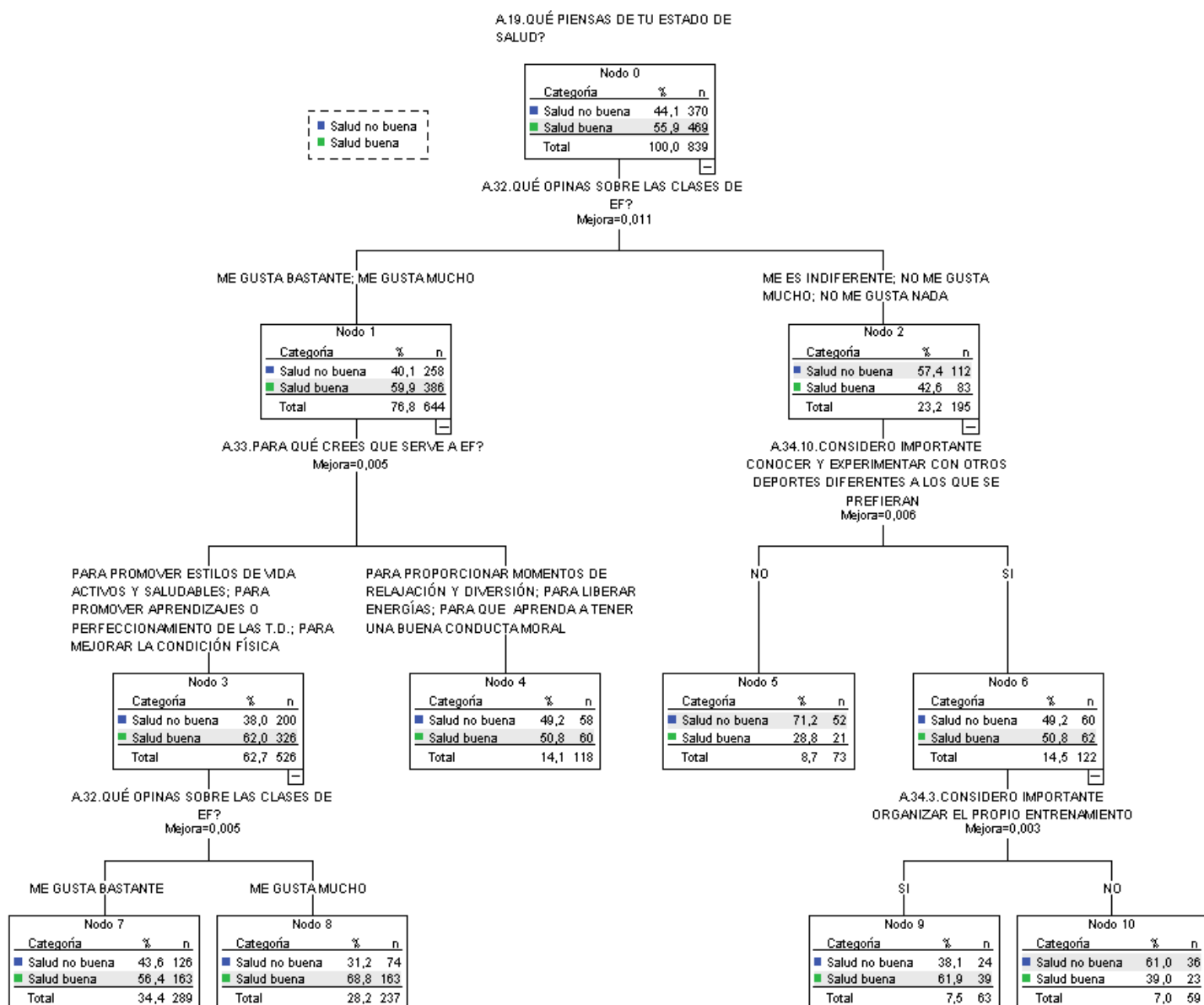


Figura 6. Árbol de clasificación en chicas del estudio 3.

Discusión

Los resultados sugieren una relación positiva entre la percepción de salud de los jóvenes adolescentes y el gusto hacia la EF. A su vez, la importancia que se concede a los aprendizajes que se pueden adquirir a través de la asignatura varía en función de la percepción de salud que se tenga, viéndose diferencias por género.

La importancia de desarrollar una actitud favorable hacia la EF representa uno de los objetivos de los programas de promoción de AF, haciendo hincapié en la participación continua (Trudeau & Shephard, 2005). Esta actitud positiva hacia la EF en la adolescencia está relacionada con una mayor práctica de AF al finalizar esta etapa (Kjonnixsen et al., 2009; Trost et al., 2002).

En los últimos años se ha producido un creciente interés por el estudio de la importancia y utilidad que el alumnado concede a la EF (Baena-Extremera, Granero-Gallegos, Pérez-Quero, Bracho-Amador & Sánchez-Fuentes, 2013; Moreno, Zomeño, Marín, Ruíz & Cervelló, 2013). Este interés se ve incrementado debido a varios factores: a la misión del área de EF dentro del currículum escolar en la consecución de hábitos de cuidado y salud corporales, y a la incorporación de la EF y la práctica del deporte para favorecer el desarrollo personal y social (Baena-Extremera, Granero-Gallegos, Sánchez-Fuentes & Martínez-Molina, 2014). Así, la promoción de estilos de vida en la adolescencia es trascendental ya que está asociada a estilos de vida activos en la vida adulta (Telama et al., 2014).

En este estudio, también se constata que la relación positiva entre la percepción de salud y el gusto hacia la EF es independiente de la variable género. A su vez, los adolescentes que no perciben tener buena salud no consideran importante el relacionar ejercicio físico y la salud o conocer otros deportes diferentes al practicado, destacando además en los chicos, la poca valoración por sentirse bien con el propio cuerpo y en las chicas el ejercitar el propio cuerpo.

Al revisar la literatura de los últimos 10 años se encuentran trabajos que recogen un gusto elevado de los alumnos por la asignatura de EF (Gaviria & Castejón, 2016; Moreno & Hellín, 2007), aunque también hay otros, anteriores en el tiempo, donde se aprecia lo contrario, concluyendo que la asignatura no constituye un elemento que motive al alumnado para la práctica de AF en el tiempo de ocio (Moreno & Rodríguez, 1996; Torre, 1998). La mayoría de los estudios han apreciado diferencias en función del género, pero

los resultados son contradictorios en cuanto a la dirección de la influencia. En algunos estudios se encontró un gusto más elevado en los chicos (Moreno & Hellín, 2007), siendo justificado por deberse a la asociación que hacen las chicas de la asignatura con la disciplina y esta a su vez con el esfuerzo y el sudor (Sleap & Wormald, 2001), o por el carácter competitivo que es más característico del género masculino y que predomina en las actividades de EF (Kjonnixsen et al., 2009). Por el contrario, también existen estudios que destacan un mayor gusto de las chicas (Gómez-Marmol & De la Cruz-Sánchez, 2013).

El género es una variable importante y es necesario que sea tomada en cuenta por el profesorado, porque la investigación señala que la participación de las chicas en la AF está relacionada, entre otros aspectos, con la actitud hacia la EF (Wallhead & Buckworth, 2004). Es por esto que se debería adaptar los currículos de EF para incluir actividades que demanden las chicas y así mejorar su actitud, conllevando una influencia en sus hábitos de vida (Gibbons & Gaul, 2004; Gibbons, 2009).

Una opinión favorable acerca de la EF también se relaciona positivamente con una mayor cantidad de horas de práctica realizada (Biddle, Wang, Kavussanu & Spray, 2003; Piéron, Ruíz-Juan & García-Montes, 2008), algo que se mantendrá en los años posteriores de la vida (Ruíz, García & Hernández, 2001). En cambio, otros autores como García-Ferrando (1993) no han llegado a la misma conclusión al no observar relación entre la experiencia de los jóvenes en las clases de EF y la posterior práctica de AF. Esto podría ser debido a que tradicionalmente el enfoque que ha predominado en las clases ha sido el rendimiento y la obtención de resultados más que el disfrute de la propia actividad, lo que podría haberse originado un distanciamiento de la práctica físico-deportiva en el tiempo libre, siendo esto más acusado en las chicas que en los chicos (García-Ferrando, 1993; Rikard & Banville, 2006).

La satisfacción que muestra el alumnado hacia las clases de EF se relaciona directamente con los ambientes motivacionales generados dentro de la misma (Moreno & Hellín, 2007). La consecución de un clima motivacional será más probable cuando los alumnos y alumnas vean las tareas como desafíos, con oportunidades y tiempo suficiente para poder superarlas, acompañando esto con refuerzos positivos de forma individual (Braithwaite, Spray & Warburton, 2011).

Unas clases orientadas hacia las actividades físicas provocan que los alumnos se sientan más satisfechos (Cervelló, 2000). De esta forma se expresa la máxima satisfacción por

las clases de EF esencialmente a partir de los motivos intrínsecos derivados de la actividad, lo que conlleva una mayor participación del alumno, sentimiento de competencia, mayor entrega y persistencia en la tarea (López & González, 2001; Martín-Albo, 2000). A su vez, el grado de satisfacción respecto a la EF se ve condicionado por factores como: (1) el contenido del currículo, (2) la práctica deportiva tanto del alumno como de su familia y amigos, (3) el género del profesor y del alumno, (4) la importancia que los alumnos conceden a la asignatura según las características del profesor y (5) la socialización del fenómeno físico-deportivo favorecida por los medios de comunicación (Moreno, Sánchez, Rodríguez, Prieto & Mula, 2002; Ruíz, 2000).

En este trabajo se observa cómo la opinión que tienen los alumnos sobre las clases de EF influye de manera importante sobre la percepción de salud que creen tener los adolescentes, se puede observar como esta influencia es positiva, ya que cuanto mayor es el agrado de los jóvenes por la EF mejor percepción de salud tienen.

El grado de dificultad que perciben de la materia también influye, viéndose como los sujetos que no encuentran dificultad en la práctica de las actividades que realizan en clase se divierten mucho, muestran gusto por la asignatura, desearían más horas de clase a la semana y la consideran tan importante como las demás asignaturas (Hellín, 2003), estando esta dificultad en las clases de EF asociada al género femenino, lo cual les hace pensar que la asignatura es poco útil y tengan menor empatía por ella y por el profesor (Brand & Scantling, 1994), opiniones que se mantendrán en la vida universitaria (Moreno & Rodríguez, 1996).

Sin embargo, no se observó relación entre la percepción de salud y la opinión sobre la utilidad que los alumnos dan a la EF. En relación con la utilidad de la EF, hay estudios (Piéron et al., 2008; Rodríguez, García-Cantó, Sánchez-López & López-Miñarro, 2013) donde se constata que las valoraciones de esta materia como poco útil son más numerosas que las que la consideran como útil, independientemente del género. Así, la concepción de la EF como promotora de estilos de vida activos y saludables se percibe por los escolares de forma negativa, con una tendencia a empeorar cuanto mayor es la edad, y alcanzando los niveles más bajos en sujetos que nunca han participado en actividades físico-deportivas. Este pensamiento podría explicarse por la propuesta de actividades, la composición de las clases, las opiniones y las actitudes frente a la EF, además de la falta de variedad y de desafío en las sesiones (Piéron et al., 2008).

Entre las utilidades que más se da a la EF están el fortalecer el cuerpo, estar en forma, mejorar la salud, divertirse y ayudar a relacionarse con los demás (Mohammed & Mohammad, 2012; Moreno & Hellín, 2007; Pardo-Arquero, 2016). Siendo la motivación principal para participar en las clases la diversión (Jakobsson, 2014), por encima incluso de la mejora de la salud (Hemming, 2007). Esta búsqueda de diversión crea experiencias positivas acerca de la asignatura, viéndose como las actividades que menos gustan son las que producen aburrimiento (Rikard & Banville, 2006). La consecución de diversión iría más encaminada a lograr aprendizajes y encontrar retos, que a simplemente jugar (Dismore & Bailey, 2011).

Este estudio presenta un nuevo campo de investigación centrado en conocer la influencia de la EF en la salud percibida de los jóvenes. Si bien se ha puesto de manifiesto la importancia que la asignatura puede tener en relación con la salud de los adolescentes, los escasos estudios sobre la materia dificultan la comparación de resultados impidiendo la consecución de conclusiones definitivas.

Resultan necesarios más estudios centrados en conocer esta relación, al igual que conocer y controlar otros factores que influyen de manera directa tanto sobre la percepción de salud como sobre la EF, como puede ser el género y la práctica de AF.

Conclusiones

Tras el análisis realizado en este trabajo se encuentra una relación directa en ambos géneros entre la percepción de salud y el gusto hacia la asignatura de EF como materia del currículum escolar. Cuanto mayor es este gusto por la asignatura mayor es la salud percibida. Este hallazgo da una mayor importancia a la EF, siendo una de las piezas relevantes en la salud de los jóvenes.

A su vez, los adolescentes que no perciben tener buena salud no consideran importante la relación entre ejercicio físico y salud ni el conocimiento de otros deportes diferentes al practicado. Además, los chicos presentan una menor valoración por sentirse bien con el propio cuerpo, mientras que ellas, por ejercitar el cuerpo.

Por el contrario, no se han observado diferencias al relacionar la salud percibida con la utilidad que le dan a la asignatura de EF. Así la intervención docente no debería ir focalizada a promover la idea de utilidad de la EF, sino intervenir en el gusto que los alumnos tienen de la asignatura.

Podemos observar como la EF juega un papel muy importante en la salud percibida por los jóvenes, por lo que se deberían fortalecer los lazos de unión entre el alumnado y la comunidad educativa (profesores, padres y entorno). Esto se podría llevar a cabo otorgando a la EF un mayor protagonismo para potenciar la consecución de estilos de vida activos en estos jóvenes.

Como líneas futuras de trabajo se recomienda el estudio de esta relación, con entrevistas al alumnado para poder conocer con más exactitud cuáles son los motivos que les llevan a tener una buena o mala opinión acerca de la EF, conocer la influencia de factores tanto externos como internos al centro educativo sobre su opinión de la asignatura o de la propia práctica de AF podría suponer un avance importante en el sistema educativo y en los hábitos de vida de los escolares. Esto estaría justificado con la ya bien conocida relación entre la práctica de AF y los estilos de vida activos con la EF, teniendo todas ellas una influencia destacable en la percepción de salud de los adolescentes, siendo esta última un fuerte indicador de la salud real de las personas.

4. Conclusiones generales

Siendo la percepción de salud un indicador fiable de la salud real de las personas, se hace imprescindible conocer los factores que influyen sobre ella. De esta forma y tras la realización de este trabajo, se observó como la percepción del estado de salud de los adolescentes está influenciada por sus hábitos de vida, su percepción del autoconcepto físico y por la valoración de la asignatura de EF.

Para mejorar la percepción de salud de los jóvenes, y por ende, la salud real, se deben realizar propuestas que modifiquen sus hábitos de vida. Aun viendo las diferencias que existen en función del género al tener las chicas una peor percepción, hay elementos comunes que afectan a ambos géneros y podrían suponer una mejora de la salud autopercibida como es la reducción de los niveles de IMC para evitar situaciones de sobrepeso y obesidad, aunque evitando caer en niveles de bajo peso, sobre todo en chicas. Para conseguir esta reducción, contamos con la práctica de AF como gran aliada, observándose a su vez como no sólo es una herramienta clave para el control del peso corporal, sino que además los adolescentes que practican AF habitualmente se perciben más saludables.

Si bien ya hemos observado como la práctica de AF es un elemento primordial, también debemos tener en cuenta el tipo de práctica que se realice, en este estudio se observó cómo los jóvenes, indiferentemente del género, destacan por destinar sus horas de práctica a realizarlas en clubs, percibiendo tener mejor salud estos participantes. Contando con estos datos y añadiendo que los adolescentes se perciben más saludables si la práctica de AF se realiza junto a sus amistades, hacen que la combinación de práctica en clubs junto a sus amigos sea un elemento importante a tener en cuenta en el diseño de planes de fomento de práctica, ya que la sensación de actividad y disfrute junto a los amigos es un indicador muy relevante para percibir positivamente la salud en los jóvenes. Todo ello se debe acompañar con unos hábitos de sueño saludables, cumpliendo con los mínimos recomendados de horas dormidas y pudiéndose aprovechar el transporte activo al centro educativo como herramienta para aumentar la cantidad de práctica de AF realizada.

Otro elemento influyente sobre la percepción de salud es la percepción del autoconcepto físico, viéndose en este trabajo como unos mayores niveles de percepción de autoconcepto físico en cada uno de sus subdominios suponen una mejora de la salud autopercibida, indistintamente del género. Esto supone que un programa de concienciación para una mejora de la valoración de la propia percepción del autoconcepto físico podría suponer una mejora de la salud en los adolescentes.

Por último destacar el elevado gusto hacia la EF que tienen los adolescentes, dándole especial atención la creencia de la utilidad de la asignatura para mejorar la condición física y la creación de hábitos saludables, consiguiendo gracias a la EF conocer la relación entre el ejercicio físico y la salud. Es por ello que se debería aprovechar el elevado gusto que tienen los jóvenes por la asignatura para inculcar desde la propia EF hábitos de vida saludables con especial mención a la práctica de AF como hábito de vida, pues esta práctica es el elemento común que une la percepción de salud, la percepción del autoconcepto físico, los hábitos de vida e influye directamente en los aprendizajes y la planificación de la asignatura de EF.

5. Limitaciones y líneas de futuro

Este trabajo cuenta con una serie de limitaciones a tener en cuenta. En primer lugar, se trata de un estudio transversal, por lo que las conclusiones respecto a las direcciones de las relaciones están limitadas, necesitándose de estudios longitudinales para esclarecer mejor las relaciones. Por ejemplo, la consideración de participantes con un rango de edad restringido impide la identificación de las diferencias que pudieran existir entre las percepciones al inicio y al final de la adolescencia.

Por otra parte, aunque se trata de una muestra abundante, no quiere decir que la población de otras comunidades autónomas u otros países sigan la tendencia que siguen los participantes de este estudio, por lo que sería recomendable trabajos de estas características en otros lugares con sus respectivas poblaciones. A su vez, los resultados observados podrían verse modificados por la influencia de variables no controladas, como el estatus socioeconómico.

También hay que tener en cuenta las limitaciones que surgen con el instrumento utilizado. Aunque el uso del cuestionario es una técnica ampliamente aplicada y aprobada para la obtención de información de forma sencilla y en un tiempo breve, su aplicación no está exenta de limitaciones. De esta forma se puede dar el caso de que los encuestados no respondan al cuestionario con el mismo interés, cada participante tenga su propia interpretación o en ocasiones procuren dar respuestas que sean aceptadas socialmente.

Como última limitación mencionar el no haberse encontrado otros estudios que busquen conocer la relación entre la percepción de salud y la EF, de esta forma, no se pueden realizar comparaciones entre este estudio y otros de semejante temática.

Sin embargo, el elevado número de participantes, la estratificación de edad y género y la tipología de los centros donde se ha llevado a cabo el estudio, permite la generalización analítica, es decir, la ampliación de planteamientos teóricos existentes debido a los resultados obtenidos. Otra fortaleza se observa al contar con la utilización de métodos de análisis estadísticos multivariantes que permiten una mejor comprensión de los determinantes de la percepción de salud.

Como líneas de futuro se recomiendan estudios longitudinales para conocer con mayor profundidad las relaciones estudiadas en este trabajo, observar la evolución que siguen estas relaciones al aumentar la edad de los sujetos y estudiar otras poblaciones con diferentes características, como podrían ser estudios en ámbitos urbanos. Así como

utilizar otras metodologías como el estudio de caso que permitiría analizar con otras técnicas la información relacionada con nuestra temática.

6. Referencias

- Aaro, L., Wold, B., Kannas, L., & Rimpelä, M. (1986). Health Behaviour in Schoolchildren. A WHO Cross-national Survey. *Health Promotion International*, 1(1), 17-33.
- Abellán, B. (2013). Percepción del estado de salud. *Rev Mult Gerontol*, 13(5), 340-342.
- Alvariñas, M., & González, M. (2004). Relación entre la práctica físico-deportiva extraescolar y el autoconcepto físico en la adolescencia. *Revista de Educación Física*, 94, 5-8.
- Azjen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Baena-Extremuera, A., Granero-Gallegos, A., Pérez-Quero, F. J., Bracho- Amador, C., & Sánchez Fuentes, J. A. (2013). Prediction of perceived importance of physical education in Spain. *South African Journal for Research in Sport, Physical Education and Recreation*, 35(2), 1-13.
- Baena-Extremuera, A., Granero-Gallegos, A., Sánchez-Fuentes, J.A., & Martínez-Molina, M. (2014). Modelo predictivo de la importancia y utilidad de la Educación Física. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 14(2), 121-130.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: Freeman.
- Biddle, S.H.J., & Mutrie, N. (2001). *Psychology of Physical Activity: Determinants, Well-being and Interventions*. New York: Routledge.
- Biddle, S.J.H., Wang, C.K.J., Kavussanu, M., & Spray, C.S. (2003). Correlates of achievement goal orientations in physical activity: A systematic review of research from 1990-2000. *European Journal of Sport Science*, 3, 1-20.
- Bombak, A.E. (2013). Self-rated health and public health: a critical perspective. *Frontiers in Public Health*, 1(15), 48-51.
- Braithwaite, R., Spray, C.M., & Warburton, V.E. (2011). Motivational climate interventions in physical education: A meta-analysis. *Psychology of Sport and Exercise*, 12, 628-638.
- Brand, S., & Scantling, E. (1994). An analysis of secondary student preferences toward physical education. *Physical Educator*, 51(3), 119-130.

- Buendía, L. (1996). La investigación sobre evaluación educativa. *Revista de investigación educativa, 14*(2), 5-24.
- Castillo, I., & Balaguer, I. (1998). Relaciones entre la salud percibida y ejercicio físico. *Información Psicológica, 67*, 22–27.
- Castro, A., & Sánchez, P. (2000). Objetivos de vida y satisfacción autopercebida en estudiantes universitarios. *Psicothema, 12*(1), 87- 91.
- Cervelló, E. (2000). Una explicación de la motivación deportiva y el abandono desde la perspectiva de la Teoría de Metas: Propuestas para favorecer la adherencia a la práctica deportiva. Conferencia llevada a cabo en el Primer Congreso Hispano-Portugués de Psicología, Santiago de Compostela, España.
- Cole, T., Bellizi, M., Flegal, K., & Dietz, W. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British Medical Journal, 320*(7244), 1240-1243.
- Craike, M.J., Polman, R., Eime, R., Symons, C., Harvey, J., & Payne, W. (2014). Associations Between Behavior Regulation, Competence, Physical Activity, and Health for Adolescent Females. *Journal of Physical Activity and Health, 11*, 410-418.
- Cramer, H. (1999). *Mathematical methods statistical*. Campaing: Princeston University Press.
- Deci, E.L., & Ryan, R.M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum.
- Deci, E.L., & Ryan, R.M. (2000). The ‘what’ and ‘why’ of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry, 11*, 227–268. doi:10.1207/S15327965PLI1104_01
- Dismore, H., & Bailey, R. (2011). Fun and enjoyment in physical education: Young people’s attitudes. *Research Papers in Education, 26*, 499–516.
- Ekeland, E., Heian, F., Hagen, K.B., Abbott, J.M., & Nordheim, L. (2004). Exercise to improve self-esteem in children and young people. *Cochrane Database of Systematic reviews, 1*.

- Erginoz, E., Alikasifoglu, M., Ercan, O., Uysal, O., Ercan, G., Kaymak, D. A., & Ilter, O. (2004). Perceived health status in a Turkish adolescent sample: risk and protective factors. *European Journal of Pediatrics*, 163, 485-494.
- Esnaola, I., Infante, G., Rodríguez, A., & Goñi, E. (2011). Relación entre variables psicosociales y la salud percibida. *Revista de Psicología del Deporte*, 20(2), 413-427.
- Fernández, J.G., Contreras, O.R., García, L.M., & Villora, S.G. (2010). Autoconcepto físico según la actividad físicodeportiva realizada y la motivación hacia ésta. *Revista Latinoamericana De Psicología*, 42(2), 251-263.
- Fuentes, M.C., García, J.F., Gracia, E., & Lila, M. (2011). Autoconcepto y ajuste psicosocial en la adolescencia. *Psicothema*, 23, 7-12.
- Fox, K.R., & Corbin, C.B. (1989). The Physical Self-Perception Profile: Development and Preliminary Validation. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 11, 408-430.
- García-Ferrando, M. (1991). Los españoles y el deporte (1980-1990). Un análisis sociológico. C.S.D. Ministerio de Educación y Ciencia. Madrid.
- García-Ferrando, M. (1993). Tiempo libre y actividades deportivas de la juventud en España. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales. Instituto de la Juventud.
- Gaviria, D.F., & Castejón, F.J. (2016). Physical Education from the high school student voice. A case study. *Cultura, Ciencia y Deporte*, 11(32), 107-118.
- George, D., & Mallery, P. (2016). *IBM SPSS Statistics 23 step by step: A simple guide and reference*. New York, NY: Routledge.
- Gibbons, S. L. (2009). Meaningful participation of girls in senior physical education courses. *Canadian Journal of Education*, 32, 222-244.
- Gibbons, S. L., & Gaul, C. A. (2004). Making physical education meaningful for young women: Case study in educational change. *Avante*, 10(2), 1-16.
- Gómez-Mármol, A., & De la Cruz-Sánchez, E. (2013). Gender and academic level differences on scholar physical education's perceived usefulness at secondary compulsory education. *Journal of Sport and Health Research*, 5(2), 193-202.

- Gómez-Vela, M., Verdugo, M.A., & González-Gil, F. (2007). Calidad de vida y autoconcepto en adolescentes con necesidades educativas especiales y sin ellas. *Infancia y Aprendizaje*, 30(4), 499-522.
- Graham, D.J., Sirard, J.R., & Neumark-Sztainer, D. (2011). Adolescent's attitudes toward sports, exercise and fitness predict physical activity 5 and 10 years later. *Preventive Medicine*, 52(2), 130-132.
- Graham, G., Holt/Hale, S.A., & Parker, M. (2004) *Children Moving: A Reflective Approach to Teaching Physical Education* (6th edn). Mountain View, CA: Mayfiel.
- Guillén, F., & Sánchez, R. (2003). Autoconcepto en jóvenes sedentarios y practicantes deportivos. *Edupsykhé*, 2(2), 259-272.
- Hands, B., Parker, H.E., Rose, E., & Larkin, D. (2016). Gender and motor competence affects perceived likelihood and importance of physical activity outcomes among 14 year olds. *Child: care, health and development*, 42, 246-252.
- Harter, S. (1999). *The construction of the self. A developmental perspective*. Nueva York: Guildford Press.
- Hayes, S.D., Crocker P.R.E., & Kowalski K.C. (1999). Gender differences in physical self-perceptions, global self-esteem, and physical activity: Evaluation of the Physical Self-Perception Profile model. *Journal Sport*, 22, 1-14.
- Hellín, P. (2003). *Hábitos físico-deportivos en la Región de Murcia* (Tesis doctoral). Universidad de Murcia. España.
- Hemming, P. J. (2007). Renegotiating the primary school: Children's emotional geographies of sport, exercise and active play. *Children's Geographies*, 5, 353–371.
- Hirshkowitz, M., Whiton, K., Albert, S.M., Alessi, C., Bruni, O., DonCarlos, L.,...Adams-Hillard, P.J. (2015). National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: methodology and results summary. *Journal of the National Sleep Foundation*, 1, 40-43.

- Holstein, B.E., Hansen, E.H., Andersen, A., & Due, P. (2008). Self-rated health as predictor of medicine use in adolescence. *Pharmacoepidemiology and drug safety*, 17, 186-192.
- Huebner, E.S., Valois, R., Suldo, S., Smith, I., McNight, C., Seligson, J., & Zullig, K. (2004). Perceived quality of life: A neglected component of adolescent health assessment and intervention. *Journal of Adolescent Health*, 34, 270-278.
- Inchley, J., Currie, D., Young, T., Samdal, O., Torsheim, T., Augustson, L.,...Barnekow, V. (2016). Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health behavior in school-aged children study: International Report.
- Jakobsson, B. (2014). What makes teenagers continue? A salutogenic approach to understanding youth participation in Swedish club sports. *Physical Education & Sport Pedagogy*, 19, 239-252.
- Jiménez, M.G., Martínez, P., Miró, E., & Sánchez, A.I. (2008). Bienestar psicológico y hábitos saludables: ¿están asociados a la práctica de ejercicio físico?. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1), 185-202.
- Kjonnixsen, L., Fjortoft, I., & Wold, B. (2009). Attitude to physical education and participation in organized youth sports during adolescence related to physical activity in young adulthood: A 10-year longitudinal study. *European Physical Education Review*, 15(2), 139-154.
- Ko, Y., & Boo, S. (2016). Self-perceived health versus actual cardiovascular disease risks. *Japan Journal of Nursing Science*, 13, 65-74.
- López, A., & González, V. (2001). Niveles de satisfacción por la clase de Educación Física. *Revista Digital Lecturas: Educación Física y Deportes*, 32. Recuperado de <http://www.efdeportes.com/efd32/satisf.htm>
- Lubans, D.R., Morgan, P.J., & McCormack, A. (2011). Adolescents and school sport: the relationship between beliefs, social support and physical self-perception. *Physical Education and Sport Pedagogy*, 16(3), 237-250. DOI: 10.1080/17408989.2010.532784.

- Marques, A. (2010). *A Escola, a Educação Física e a Promoção de Estilos de Vida Activos e Saudáveis: Estudo de um Caso* (Dissertação de Doutoramento). Universidade Técnica de Lisboa. Portugal.
- Marques, A., & Carreiro da Costa (2013). F. Levels of Physical Activity of Urban Adolescents According to Age and Gender. *International Journal of Sports Science*, 3(1), 23-27.
- Marques, A., Martins, J., Peralta, M., Carreiro da Costa, F., & Piéron, M. (2015). Do boys and girls share the same characteristics when they are equally classified as active or inactive?. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 10(2), 267-274.
- Marques, A., Peralta, M., Martins, J., Catunda, R., Gaspar de Matos, M., & Saboga-Nunes, L. (2016a). Associations between physical activity and self-rated wellbeing in European adults: A population-based, cross-sectional study. *Preventive Medicine*, 91, 18-23.
- Marques, A., Peralta, M., Sarmiento, H., Martins, J., & Carreiro da Costa, F. (2016b). Socioeconomic, Personal and Behavioral Correlates of Active Commuting among Adolescents. *J. Sports Sci. Med*, 5(1), 29-34.
- Martín-Albo, J. (2000). La motivación en los deportes de equipo: análisis de las motivaciones de inicio, mantenimiento, cambio y abandono. Un programa piloto de intervención. *Revista Digital Lecturas: Educación Física y Deportes*, 24. Recuperado de <http://www.efdeportes.com/efd24/tbj.htm>.
- Martínez-Martínez, F.D., & González-Hernández, J. (2017). Self-concept, physical exercise and its response in teenagers. Relationship with academic achievement. *Revista Iberoamericana de Educación*, 73(1), 87-108.
- Martins, J. (2015). *Educação Física e Estilos de Vida: Porque são os adolescentes fisicamente (in)ativos?*. (Tesis doctoral). Universidade de Lisboa. Portugal.
- Marsh, H.W., & O'Mara, A. (2008). Reciprocal effects between academic self-concept, self-esteem, achievement, and attainment over seven adolescent years: Unidimensional and multidimensional perspectives of self-concept. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 34, 542-552.

- Maturo, C., & Cunningham, S. (2013). Influence of friends on children's physical activity: A review. *American Journal of Public Health*, 103(7), 23-38.
- Mohammed, H.R., & Mohammad, M.A. (2012). Students Opinions and Attitudes towards Physical Education Classes in Kuwait Public Schools. *College Student Journal*, 46(3), 550-566.
- Molero, D., Ortega-Álvarez, F., Valiente-Martínez, I., & Zagalaz, M.L. (2010). Comparative study based on the physical self-concept in teenagers regarding gender and physical activity. *Retos*, 17, 38-41.
- Moreno, J. A., & Cervelló, E. (2005). Physical self-perception in spanish adolescents: effects of gender and involment in physical activity. *Journal of Human Movement Studies*, 48, 291-311.
- Moreno, J., & Hellín, M. (2007). El interés del alumnado de Educación Secundaria Obligatoria hacia la Educación Física. *Revista electrónica de Investigación Educativa*, 9(2). Recuperado de <http://redie.uabc.mx/redie/article/view/173>.
- Moreno, J.A., Moreno, R., & Cervelló, E. (2007). El autoconcepto físico como predictor de la intención de ser físicamente activo. *Revista de Psicología y Salud*, 17(2), 261-267.
- Moreno, J.A., & Rodríguez, P.L. (1996). La especialidad de Educación Física: su valoración a través del alumnado. Simposio llevado a cabo en Actas del III Congreso Nacional de Educación Física de Facultades de Educación y XIV de Escuelas Universitarias de Magisterio. Universidad de Alcalá, España.
- Moreno, J. A., Sánchez, M., Rodríguez, D., Prieto, M. P., & Mula, C. (2002). ¿Puede el comportamiento del profesor influir en la valoración que el alumno realiza de la Educación Física?. En Moreno, J. y Hellín, M. (2007). El interés del alumnado de Educación Secundaria Obligatoria hacia la Educación Física. *Revista electrónica de Investigación Educativa*, 9(2). Recuperado de <http://redie.uabc.mx/redie/article/view/173>.
- Moreno, J. A., Zomeño, T., Marín, L. M., Ruiz, L. M., & Cervelló, E. (2013). Percepción de la utilidad e importancia de la educación física según la motivación generada por el docente. *Revista de Educación*, 362, 380-401.

- Moreno-Murcia, J.A., Cervelló, E., Huéscar, E., & Llamas, L. (2011). Relación de los motivos de práctica deportiva en adolescentes con la percepción de competencia, imagen corporal y hábitos saludables. *Cultura y Educación*, 23(4), 533-542.
- Moscoso, D., & Moyano, E. (2009). *Deporte, salud y calidad de vida. Colección de Estudios Sociales*. Barcelona, España: Fundación La Caixa.
- Mota, J., Santos, R.M., Silva, P., Aires, L., Martins, C., & Vale, S. (2012). Associations Between Self-Rated Health With Cardiorespiratory Fitness and Obesity Status Among Adolescent Girls. *Journal of Physical Activity and Health*, 9(3), 378-381.
- Mourelle, M. (2014). *Relación de los agentes sociales con el índice de práctica de actividad física de los escolares de 10 a 16 años de las urbes gallegas* (Tesis Doctoral). Universidad A Coruña. España.
- Murray, C.J.L., & Frenk, J. (2002). *Summary measures of population health in the context of the WHO framework for health system performance assessment*. Ginebra: World Health Organization.
- Nummela, O., Sulander, T., Rahkonen, O., Karisto, A., & Uutela, A. (2008). Social participation, trust and self-rated health: a study among ageing people in urban, semi-urban and rural settings. *Health & Place*, 14(2), 243-253.
- Nuviala-Nuviala, A., Grao-Cruces, A., Fernández-Martínez, A., Alda-Schönemann, O., Burges-Abad, J.A., & Jaume-Pons, A. (2009). Autopercepción de la salud, estilo de vida y actividad física organizada. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 9(36), 414-430.
- Organización Mundial de la Salud (2010). Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. Ginebra: Ediciones de la OMS. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44399/1/9789241599979_eng.pdf.
- Padilla, J.L., González, A., & Pérez, C. (1998). *Elaboración del cuestionario*. En Rojas, A.J., Fernández, J.S., & Pérez, C. Investigar mediante encuestas. (pp. 115-140). Madrid: Síntesis.
- Page, R.M., Simonek, J., Ihász, F., Hantiu, I., Uvacsek, M., Kalabiska, I., & Klarova, R. (2009). Self-rated health, psychosocial functioning, and other dimensions of

- adolescent health in Central and Eastern European adolescents. *The European Journal of Psychiatry*, 23(2), 101-114.
- Pardo-Arquero, V.P. (2016). Para qué sirve y para qué debería servir la educación física según el alumnado de segundo ciclo de educación primaria (8-10 años) de diversos centros públicos. *EmásF, Revista Digital de Educación Física*, 7(39). Recuperado de http://emasf.webcindario.com/Archivo_EmasF.htm.
- Park, J. (2006). The Impact of Adolescent Self-Concept on Psychological Health, Self-Perceived Health and Health Behaviour in Young Adulthood. En A. P. Prescott (Ed.), *The concept of self in medicine health are* (pp. 97-122). Hauppauge, NY: Nova Science.
- Pastor, Y., Balaguer, I., Pons, D., & Garcia Merita, M. (2003). Testing direct and indirect effects of sports participation on perceived health in Spanish adolescents between 15 and 18 years of age. *Journal of Adolescence*, 26, 717-730.
- Piéron, M., Ruíz-Juan, F., & García-Montes, M.E. (2008). La opinión del alumnado de enseñanza secundaria sobre las clases de educación física: un desafío para los profesores y los formadores. *Revista Fuentes*, 8, 159-175.
- Piéron, M., Telama, R., Naul, R. & Almond, L. (1997). Etude du style de vie d'adolescents européens. Considérations théoriques, objectifs et méthodologie de recherche. *Sport*, 159/160, 43-50.
- Raustorp, A., Stahle, A., Gudasic, H., Kinnunen, A., & Mattsson, E. (2005). Physical activity and self-perception in school children assessed with the Children and Youth. Physical Self-Perception Profile. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, 15, 126-134.
- Reigal-Garrido, R., Videra-García, A., Parra-Flores, J.L., & Juárez Ruiz de Mier, R. (2012). Actividad físico deportiva, autoconcepto físico y bienestar psicológico en la adolescencia. *Retos*, 22, 19-23.
- Rikard, G., & Banville, D. (2006). High school student attitudes about physical education. *Sport, Education and Society*, 11(4), 385-400.
- Rodríguez, J. (1991). *Métodos de muestreo*, 322-328. Madrid: CIS Educación.

- Rodríguez, P.L., García-Cantó, E., Sánchez-López, C., & López-Miñarro, P.A. (2013). Percepción de la utilidad de las clases de educación física y su relación con la práctica físico-deportiva en escolares. *Cultura y Educación*, 25(1), 65-76.
- Ruiz, F. (2000). *Análisis diferencial de los comportamientos, motivaciones y demanda de actividades físico-deportivas del alumnado almeriense de enseñanza secundaria post-obligatoria y de la universidad de Almería* (Tesis doctoral). Universidad de Granada, España.
- Ruiz, F., García, E., & Hernández, A.I. (2001). El interés por la práctica de actividad físico-deportiva de tiempo libre del alumnado de la Universidad de Almería. Un estudio longitudinal. *Apunts. Educación Física y Deportes*, 63, 86-92.
- Ryan, R.M., Kuhl, K., & Deci, E.L. (1997). Nature and autonomy: Organizational view of social and neurobiological aspects of self-regulation in behavior and development. *Development and Psychopathology*, 9, 701-728.
- Ryan, R.M., Williams, G.C., Patrick, H., & Deci, E.L. (2009). Self-determination theory and physical activity: The dynamics of motivation in development and wellness. *Hellenic Journal of Psychology*, 6, 107-124.
- Sallis, J.F., Bull, F., Guthold, R., Heath, G.W., Inoue, S., Kelly, P.,...Hallal, P. (2016). Progress in physical activity over the Olympic quadrennium. *The Lancet*, 388, 1325-1336.
- Santrock, J.W. (2005). *Adolescence*. Boston: McGraw-Hill.
- Sawka, K., McCormack, G., Nettel-Aguirre, A., Hawe, P., & Doyle-Baker, P. (2013). Friendship networks and physical activity and sedentary behavior among youth: a systematized review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 10, 130-139.
- Schnell, A., Mayer, J., Diehl, K., Zipfel, S., & Thiel, A. (2014). Giving everything for athletic success! – Sports specific risk acceptance of elite adolescent athletes. *Psychology of Sport and Exercise*, 15, 165-172.
- Selltiz, C., Wrightsman, L., & Cook, S. (1980). *Métodos de investigación en las relaciones sociales*. Madrid: Rialp.

- Sleap, M., & Wormald, H. (2001). Perceptions of physical activity among young women aged 16 and 17 years. *European Journal of Physical Education*, 6, 26-37.
- Subramaniam, P.R., & Silverman, S. (2007). Middle School Students. Attitude toward Physical Education. *Teaching and Teacher Education*, 23, 602-611.
- Telama, R., Yang, X., Laakso, L., & Viikari, J. (1997). Physical activity in childhood and adolescence as predictor of physical activity in young adulthood. *Am J Prev. Med*, 13, 317-323.
- Telama, R., Yang, X., Leskinen, E., Kankaanpää, A., Hirvensalo, M., Tammelin, T.,...Raitakari, O.T. (2014). Tracking of physical activity from early childhood through youth into adulthood. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 46(5), 955-962.
- Torre, E. (1998). *La actividad físico-deportiva extraescolar y su interrelación con el área de Educación Física en el alumnado de enseñanzas medias* (Tesis doctoral). Universidad de Granada. España.
- Tremblay, S., Dahinten, S., & Kohen, D. (2003). Factors related to adolescents' self-perceived health. *Health Rep*, 14, 7-16.
- Trost, S. G., Owen, N., Bauman, A. E., Sallis, J. F., & Brown, W. (2002). Correlates of Adults. Participation in Physical Activity: Review and Update. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 34, 1996-2001.
- Trudeau, F., & Shephard, R. J. (2005). Contribution of school programmes to physical activity levels and attitudes in children and adults. *Sports Medicine*, 35(2), 89-105.
- Vingilis, E.R., Wade, T.J., & Seeley, J.S. (2002). Predictors of adolescent self-rated health. Analysis of the national population health survey. *Canadian of Journal Public Health*, 93, 193-197.
- Wallhead, T.L., & Buckworth, J. (2004) The role of physical education in the promotion of youth physical activity. *Quest* 56, 285-301.
- Xunta de Galicia (2013): Plan Proxecta: Proyecto Deportivo de Centro. Recuperado de <http://www.edu.xunta.es/web/planproxecta>.

Zhang, H., & Bonney, G. (2000). Use of classification trees for association studies.
Genetic Epidemiology, 19, 323-332.

7. Anexos

Anexo I: Cuestionario



CUESTIONARIO PARA O ALUMNADO SOBRE EDUCACIÓN FÍSICA, SAÚDE E ESTILO DE VIDA (Curso académico 13-14)

- Este cuestionario destínase a un estudo sobre a Educación Física, a saúde e o estilo de vida.
- A enquisa orixinal foi cuberta por milleiros de mozas(os) que estudan en países europeos e de América latina.
- Pedímosche que respondas a estas cuestións. As túas respostas serán confidenciais.
- Ningunha resposta é boa ou mala, o que interesa é que respondas con sinceridade.
- Moitas grazas por cubrir a enquisa e por participar na nosa investigación.

1- DATOS PERSOAIS

Curso que estudas	1º ESO <input type="checkbox"/>	2º ESO <input type="checkbox"/>	3º ESO <input type="checkbox"/>	4º ESO <input type="checkbox"/>	1º BAC <input type="checkbox"/>
-------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

1. Teu sexo

Masculino ☐ Feminino ☐

2. Peso e altura

Peso _____ kg Altura _____ m

3. Data de nacemento

Día Mes Ano
____ / ____ / ____

4. Que estudos teñen teus pais:

	Pai	Nai
1. Estudos primarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Estudos secundarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Formación profesional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Diplomado/licenciado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Doutor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Cal é profesión actual dos teus pais ou das persoas, responsable de ti?

Pai ou persoa de sexo masculino

Nai ou persoa de sexo feminino

6. Teus pais, ou persoas responsables de ti, practican deporte?

	Pai	Nai
1. Nunca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Unha vez de tempo en tempo ou unicamente durante as vacacións	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Unha vez por semana durante todo o ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Varias veces por semana durante todo o ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Non sei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 – HÁBITOS DE VIDA

7. Existen moitas formas diferentes de ocupar o tempo libre. Queremos descubrir as actividades que che parecen máis importantes e aquelas en que participas realmente, mira a lista e sinala nos pequenos cadrados a importancia que atribúes a cada actividade e aquelas que practicas cunha certa regularidade.

Actividades	Importancia		¿Practicas?	
	Si	Non	Si	Non
1. escoitar música	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tocar un instrumento ou cantar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ver televisión ou vídeo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Navegar por internet e ver series ou películas online	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Saír con amigas(os)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Pasar tempo ca(o) miña(meu) moza(o)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Xogar a xogos de mesa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Xogar a xogos de ordenador ou consola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ler (libros, revistas ou cómics)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Practicar deporte, dirixido por un adestrador ou participar en competicións	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Asistir a acontecementos deportivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Facer os deberes e traballos suplementarios para a escola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Asistir a clases particulares de reforzo fora do horario escolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ir a bailar de noite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Facer manualidades (fotografía, coser, pintura, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Pasar o tempo a solas (relaxado, soñando)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Pasear ou ir de compras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Ir ó cine, concertos, teatro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Facer traballos de voluntariado ou sociais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Colaborar nas tarefas domésticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Participar en actividades físicas organizadas por asociacións ou movementos xuvenís, escolas de baile, etc. (atención: é diferente de un clube deportivo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Visitar persoas coñecidas; Asistir a reunións familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Practicar un deporte ou actividade física non dirixida por un adestrador (saír a correr, andar en bicicleta, monopatín, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Falar por Whatsapp ou outra aplicación de mensaxería instantánea dende o teléfono móbil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Traballar para gañar algún diñeiro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Como recorres habitualmente o traxecto dende a túa casa á escola e da escola a túa casa?

	De casa á escola	Da escola a casa
1. A pé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. En bicicleta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. En transportes públicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. En coche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. No caso de ir a pé ou en bicicleta, canto tempo tardas habitualmente en facer o traxecto dende a túa casa á escola e da escola a túa casa?(**se non é o teu caso, pasa a seguinte pregunta**).

	De casa á escola	Da escola a casa
1. Menos de 10 minutos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Entre 10- 20 minutos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Entre 20- 30 minutos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Máis de 30 minutos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10.a) Fora das horas de clase realizas actividades físico/deportivas **sen ser** en clubs ou asociacións, como por exemplo: pasear, correr, andar en bicicleta, nadar, xogar ó fútbol na rúa, xogar ó baloncesto no parque, xogar ó voleibol no xardín ou na praia, etc.? (**Considera só as actividades que practicas cunha duración superior a 30 minutos por día**)

1. Nunca	<input type="checkbox"/>
2. Menos dunha vez por semana	<input type="checkbox"/>
3. Unha vez por semana	<input type="checkbox"/>
4. 2 a 3 veces por semana	<input type="checkbox"/>
5. 4 a 6 veces por semana	<input type="checkbox"/>
6. Tódolos días	<input type="checkbox"/>

10.b).Se practicas habitualmente algunha destas actividades físico/deportivas, indica cuál é esa actividade.

R:

10.c). De acordo ao que contestastes anteriormente (10a y 10b), canto tempo dirías que realizas este tipo de actividade física **cada semana** cunha intensidade moderada ou alta (a punto de rematar suando ou cansado).

1. Aproximadamente ½ hora	<input type="checkbox"/>
2. Aproximadamente 1 hora	<input type="checkbox"/>
3. Aproximadamente 2 a 3 horas	<input type="checkbox"/>
4. Aproximadamente 4 a 6 horas	<input type="checkbox"/>
5. 7 horas ou máis	<input type="checkbox"/>

11.a) Practicas algunha actividade físico/deportiva nun club ou colectivo **fora da Escola**, baixo a dirección dun(ha) profesor(a), adestrador(a), monitor(a), instructor(a), etc.? (**Considera só as actividades que practicas cunha duración superior a 30 minutos por día**)

1. Nunca	<input type="checkbox"/>
2. Menos dunha vez por semana	<input type="checkbox"/>
3. Unha vez por semana	<input type="checkbox"/>
4. 2 a 3 veces por semana	<input type="checkbox"/>
5. 4 a 6 veces por semana	<input type="checkbox"/>
6. Tódolos días	<input type="checkbox"/>

11.b)Se practicas algunha actividade indica cuál ou cuáles son esas actividades.

11.c) De acordo ao que contestastes anteriormente (11a y 11b), canto tempo dirías que realizas este tipo de actividade física **cada semana** cunha intensidade moderada ou alta (a punto de rematar suando ou cansado).

1. Aproximadamente ½ hora	<input type="checkbox"/>
2. Aproximadamente 1 hora	<input type="checkbox"/>
3. Aproximadamente 2 a 3 horas	<input type="checkbox"/>
4. Aproximadamente 4 a 6 horas	<input type="checkbox"/>
5. 7 horas ou máis	<input type="checkbox"/>

12.a) Practicas algunha actividade físico/deportiva nun clube ou colectivo **dentro da Escola**, baixo a dirección dun(ha) profesor(a), adestrador(a), monitor(a), instructor(a), etc.? **(Considera só as actividades que practicas cunha duración superior a 30 minutos por día)**

1. Nunca	<input type="checkbox"/>
2. Menos dunha vez por semana	<input type="checkbox"/>
3. Unha vez por semana	<input type="checkbox"/>
4. 2 a 3 veces por semana	<input type="checkbox"/>
5. 4 a 6 veces por semana	<input type="checkbox"/>
6. Tódolos días	<input type="checkbox"/>

12.b) Se practicas algunha actividade indica cál ou cáles son esas actividades.

12.c) De acordo ao que contestastes anteriormente (12a y 12b), canto tempo dirías que realizas este tipo de actividade física **cada semana, incluíndo actividades de competición**, cunha intensidade moderada ou alta (a punto de rematar suando ou cansado).

1. Aproximadamente ½ hora	<input type="checkbox"/>
2. Aproximadamente 1 hora	<input type="checkbox"/>
3. Aproximadamente 2 a 3 horas	<input type="checkbox"/>
4. Aproximadamente 4 a 6 horas	<input type="checkbox"/>
5. 7 horas ou máis	<input type="checkbox"/>

13.a) Se **participas actualmente** en competicións, indica o nome do ou dos deportes que practicas, di tamén a idade coa que comezaches a competición.

Comecei a competición de _____ con a idade de _____ anos
Comecei a competición de _____ con a idade de _____ anos
Comecei a competición de _____ con a idade de _____ anos

13.b) Existen actividades deportivas que practicaras pero **que xa abandonaches**? Indica a idade con que comezaches abandonaches a súa práctica.

Comecei a competición de _____ con a idade de _____ anos
Terminei con a idade de _____ anos

Comecei a competición de _____ con a idade de _____ anos
Terminei con a idade de _____ anos

Comecei a competición de _____ con a idade de _____ anos
Terminei con a idade de _____ anos

14. Consideras que a maioría das(os) teus amigas(os):

1. Nunca practican actividades físico/deportivas	<input type="checkbox"/>
2. Algunhas veces practican actividades físico/deportivas	<input type="checkbox"/>
3. Normalmente practican actividades físico/deportivas	<input type="checkbox"/>
4. Practican case tódolos días actividades físico/deportivas	<input type="checkbox"/>

15. Cando estás cas(os) teus amiga(os), practicas algunha actividade físico/deportiva (no tempo libre, deporte escolar, vacacións, horas libres na escola, etc.)?

1. Nunca	<input type="checkbox"/>
2. Algunhas veces	<input type="checkbox"/>
3. Normalmente	<input type="checkbox"/>
4. Moitas veces	<input type="checkbox"/>

16. A que hora, aproximadamente, vas normalmente para a cama e dormes?

	Vas para Cama
1. Antes das 21 horas	<input type="checkbox"/>
2. As 21 horas	<input type="checkbox"/>
3. As 22 horas	<input type="checkbox"/>
4. As 23 horas	<input type="checkbox"/>
5. A Media noite	<input type="checkbox"/>
6. A 1 da mañan	<input type="checkbox"/>
7. Despois da 1	<input type="checkbox"/>

	Dormes
1. 6 horas	<input type="checkbox"/>
2. 7 horas	<input type="checkbox"/>
3. 8 horas	<input type="checkbox"/>
4. 9 horas	<input type="checkbox"/>
5. 10 horas	<input type="checkbox"/>
6. 11 horas	<input type="checkbox"/>
7. Máis de 11	<input type="checkbox"/>

17. Durante a semana, onde comes normalmente?

	Almorzo	Media mañá	Comida	Merenda	Cea
1. En casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. No comedor da escola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. No bar da escola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Na escola pero levo a comida de casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Nun café/restaurante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Na rúa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Non tomo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Da lista que segue indica a regularidade con que consumes os seguintes produtos:

	Máis dunha vez por día	Unha vez por día	Unha ou algunhas veces por semana	Raramente ou nunca
1. Café	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Cervexa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Bebidas alcohólicas (viño, mesturas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Coca-Cola / Refrescos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Zumes de froita naturais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Leite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Doces (chocolates, caramelos, chicles, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Bolos ou pastelería industrial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Bolos ou pastelería caseira	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Hamburguesas, perritos quentes, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Patacas fritas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Carne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Pescado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Froita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Pan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Legumes, verduras e hortalizas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Pizzas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Pasta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3 – *OPINIÓN*

19. Que pensas do teu estado de saúde?

1. Non teño moi boa saúde	<input type="checkbox"/>
2. Teño unha saúde normal	<input type="checkbox"/>
3. Teño unha boa saúde	<input type="checkbox"/>
4. Teño moi boa saúde	<input type="checkbox"/>

20. Tomando como referencia a práctica de actividades físico/deportivas que realizas, como te clasificas?

1. Moi activa(o)	<input type="checkbox"/>
2. Activa(o)	<input type="checkbox"/>
3. Suficientemente activa(o)	<input type="checkbox"/>
4. Pouco activa(o)	<input type="checkbox"/>
5. Nada activa(o) ou Sedentaria(o)	<input type="checkbox"/>

21. Das seguintes afirmacións, cal é a que mellor describe a súa situación? Actualmente ...

1. ... non son moi activa(o) fisicamente e non pretendo cambiar nos próximos 6 meses	<input type="checkbox"/>
2. ... non son moi activa(o) fisicamente, pero estou pensando en volverme máis activo(a) nos próximos meses	<input type="checkbox"/>
3. ... non son moi activa(o) fisicamente, pero estou determinado(a) a volverme máis activo(a) nos próximos meses	<input type="checkbox"/>
4. ... son bastante activa(o) fisicamente, pero apenas fixen nada nos últimos 6 meses	<input type="checkbox"/>
5. ... son bastante activa(o) fisicamente desde fai máis de 6 meses	<input type="checkbox"/>
6. Acostumaba a ser bastante activa(o) fisicamente desde fai un ano, pero nos últimos meses fun pouco activa(o)	<input type="checkbox"/>
7. Non sei	<input type="checkbox"/>

22. Escolle o cadrado que pareza representarte mellor na escala. Por exemplo, se tes o pelo máis claro que escuro coloca a cruz así:

Pelo claro	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pelo escuro
------------	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	-------------

1. Teño boas cualidades atléticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non teño boas cualidades atléticas
2. Son lixeira(o) e elegante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Son de movementos torpes
3. Son áxil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Son descoordinada(o)
4. Estou en forma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Canso facilmente
5. Son rápida(o)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Son lenta(o)
6. Son forte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Son débil
7. Son valente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Son medosa(o)
8. Estou moi delgada(o)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Son demasiado gorda(o)
9. Estou satisfeita(o) coa miña aparencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non estou satisfeita(o) coa miña aparencia

23. Que pensas sobre a práctica regular de actividades físico/deportivas?

1. Non me gusta nada	<input type="checkbox"/>
2. Non me gusta moito	<input type="checkbox"/>
3. Eme indiferente	<input type="checkbox"/>
4. Gústame bastante	<input type="checkbox"/>
5. Gústame moito	<input type="checkbox"/>

24. Por cales destes aspectos (podes sinalar todos os que representen a túa forma de pensar) consideras conveniente realizar actividade física de forma regular?

	Importante	
	Si	No
1. Axuda a aliviar a tensión, relaxa e me permite estar mais concentrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Para promover o aprendizaxe e perfeccionamiento das técnicas deportivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Para adquirir unha boa conduta moral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Contribúe a manter un bo estado de saúde, control del peso, ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Proporciona momentos de diversión, aventura, excitación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. É moi importante para socializarse con outras persoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. É importante para estar en forma fisicamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. A competición é estimulante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Non teño opinión sobre isto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. Se practicas actividades físicas/deportivas, quen foi a persoa, ou persoas, que máis te influíron para comezar? Podes escoller varias.

1. Nunca sentín ningunha influencia, comecei porque quixen	<input type="checkbox"/>
2. Meus pais	<input type="checkbox"/>
3. Irmáns	<input type="checkbox"/>
4. Outros familiares	<input type="checkbox"/>
5. Profesoras(es) de Educación Física	<input type="checkbox"/>
6. Meus amigas(os)	<input type="checkbox"/>
7. Meu moza(o)	<input type="checkbox"/>
8. A/O médica(o) – recomendación médica	<input type="checkbox"/>
9. A publicidade que promove o deporte e a actividade física	<input type="checkbox"/>

26. Cando te sentes realizada(o)/satisfeita(o) contigo mesmo durante a práctica deportiva/actividade física? (para responder non é necesario que practiques deporte nun clube deportivo, basta con que o fagas na rúa ou en calquera outro lugar con regularidade). **Se non practicas ningún deporte ou actividade físico/deportiva pasa á seguinte pregunta.**

	Importancia	
	Si	Non
1. Cando son a(o) única(o) capaz de realizar una actividade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Cando aprendo unha actividade nova e iso anímame a realizar máis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Cando consigo facelo mellor que os meus compañeiros ou compañeiras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Cando consigo facelo mellor do que o facía antes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Cando os outros non son capaces de facelo tan ben coma min	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Cando aprendo a facer calquera cousa divertida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Cando aprendo unha habilidade nova esforzándome moito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Cando me esforzo realmente moito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Cando marco máis puntos, goles, ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Cando son a mellor ou o mellor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Cando sinto/comprendo ben unha actividade que aprendo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. Propoñémosche unha lista de diferentes razóns para **practicar** deporte/actividade física regular. Indica o grao de importancia que lle atribúes a cada unha.

	Importancia	
	Si	Non
1. Meus amigas(os) practican ese deporte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Desexo realizar unha carreira deportiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Gústame coñecer outras persoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Quero facer algo que é bó para min	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Gústame competir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Quero estar en forma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Permíteme relaxarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Divírtome practicando unha actividade ou exercicio físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Gústame formar parte dun equipo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Os meus pais ou irmáns queren que participe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Importancia	
	Si	Non
11. Podo ter un corpo “en forma”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Podo gañar diñeiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. É apaixonante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. É fisicamente atraente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Podo encontrar novas amistades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Dáme a posibilidade de esforzarme ó máximo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ao meu moza(o) gústalle que practique deporte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. As(os) profesoras(es) de EF do meu colexio anímame a practicar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Gústame practicar coa miña familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28. Se **non practicas** ningún deporte, sinala unha ou varias razóns, ou dificultades que o expliquen.

1. Non teño tempo/ non o consigo compatibilizar con outras actividades de carácter social ou lúdico	<input type="checkbox"/>
2. Incompatibilidade co estudio	<input type="checkbox"/>
3. Non me gusta suar	<input type="checkbox"/>
4. Non estou en forma	<input type="checkbox"/>
5. Non teño habilidade	<input type="checkbox"/>
6. Os outros son mellores	<input type="checkbox"/>
7. Teño limitacións físicas	<input type="checkbox"/>
8. Teño vergoña	<input type="checkbox"/>
9. Dificultades económicas	<input type="checkbox"/>
10. Meus pais non me deixan	<input type="checkbox"/>
11. Hai cousas máis interesantes	<input type="checkbox"/>
12. As (Os) meus amigas(os) non practican	<input type="checkbox"/>
13. A miña familia non practica	<input type="checkbox"/>

29. Se **abandonastes** un deporte/actividade física, sinala unha ou varias razóns, ou dificultades que o expliquen.

1. Non teño tempo/ non o consigo compatibilizar con outras actividades de carácter social ou lúdico	<input type="checkbox"/>
2. Incompatibilidade co estudio	<input type="checkbox"/>
3. Non estou en forma	<input type="checkbox"/>
4. Non teño habilidade	<input type="checkbox"/>
5. As(Os) outra(os) son mellores	<input type="checkbox"/>
6. Teño limitacións físicas	<input type="checkbox"/>
7. Teño vergoña	<input type="checkbox"/>
8. Dificultades económicas	<input type="checkbox"/>
9. Meus pais non me deixan	<input type="checkbox"/>
10. Hai cousas máis interesantes	<input type="checkbox"/>
11. As(Os) meus amigas(os) non practican	<input type="checkbox"/>
12. Abandono das(os) meus compañeiras(os) (quedo sen equipo)	<input type="checkbox"/>

13. Falta de participación no xogo (moito tempo no banquillo)	<input type="checkbox"/>
14. A miña familia non practica	<input type="checkbox"/>

30. Sinala a importancia que lle atribúes a cada frase.

	Importancia	
	Si	Non
1. Ser bo no maior número de materias posibles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ser bo no deporte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ser popular entre os meus compañeiros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ser popular entre as miñas compañeiras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ter bo aspecto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Estar en forma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Agradar aos meus profesores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Que os meus pais este satisfeitos comigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Que o meu mozo(a) este ledo(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4 – VALORACIÓN DA ESCOLA E DA EDUCACIÓN FÍSICA

31. Que pensas da Escola?

1. Non me gusta nada	<input type="checkbox"/>
2. Non me gusta moito	<input type="checkbox"/>
3. Éme indiferente	<input type="checkbox"/>
4. Gústame bastante	<input type="checkbox"/>
5. Gústame moito	<input type="checkbox"/>

32. Que opinas sobre as clases de Educación Física?

1. Non me gusta nada	<input type="checkbox"/>
2. Non me gusta moito	<input type="checkbox"/>
3. Éme indiferente	<input type="checkbox"/>
4. Gústame bastante	<input type="checkbox"/>
5. Gústame moito	<input type="checkbox"/>

33. Para que crees que serve a Educación Física? Escolle a mais importante para ti.

1. Para liberar as enerxías, para que os alumnos podan estar máis atentos noutras asignaturas	<input type="checkbox"/>
2. Para promover no alumnado o aprendizaxe e perfeccionamiento das técnicas deportivas	<input type="checkbox"/>
3. Para que o alumnado aprenda a ter unha boa conduta moral	<input type="checkbox"/>
4. Para promover no alumnado estilos de vida activos e saudables	<input type="checkbox"/>
5. Para proporcionar ao alumnado momentos de relaxación e divertimento	<input type="checkbox"/>
6. Para mellorar a condición física	<input type="checkbox"/>
7. Non teño opinión	<input type="checkbox"/>

34. Na seguinte lista están enumerados distintos aprendizaxes que se poden adquirir a través da Educación Física. Sinala a importancia que lle atribúes a cada un deles:

	Importancia	
	Si	Non
1. Practicar xogos con pelota (ej. Fútbol, Baloncesto,...) de forma técnicamente correcta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Xogar cas(os) distintas(os) compañeiras(os) (as/os mellores, as/os peores, sexo oposto ...) respetando a diversidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Organizar o noso propio entrenamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Practicar deportes individuais de forma tecnicamente correcta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sentirme ben co meu corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Exercitar o corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Relacionar o exercicio físico e a saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Desempeñar diferentes papeis nas actividades deportivas (adestrador, árbitro, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Analizar reportaxes deportivos (na TV, radio, periódicos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Coñecer e experimentar con outros deportes diferentes ós que prefiramos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Aprender valores relacionados ca práctica do exercicio físico (xogo limpo, cooperación, respecto aos demais, esforzo, autoexigencia, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35. Cres que a oferta de actividade física en horario escolar do teu centro é suficiente?

1. Si	<input type="checkbox"/>
2. Non	<input type="checkbox"/>

36. Que pensas sobre a oferta de actividade física en horario escolar do teu centro?

1. Non me gusta nada	<input type="checkbox"/>
2. Non me gusta moito	<input type="checkbox"/>
3. Éme indiferente	<input type="checkbox"/>
4. Gústame bastante	<input type="checkbox"/>
5. Gústame moito	<input type="checkbox"/>

37. Cres que a oferta de actividade física en horario extraescolar do teu centro é suficiente?

1. Si	<input type="checkbox"/>
2. Non	<input type="checkbox"/>

38. Que pensas sobre a oferta de actividade física en horario extraescolar do teu centro?

1. Non me gusta nada	<input type="checkbox"/>
2. Non me gusta moito	<input type="checkbox"/>
3. Éme indiferente	<input type="checkbox"/>
4. Gústame bastante	<input type="checkbox"/>
5. Gústame moito	<input type="checkbox"/>

39. Sinala as actividades que realizas durante o recreo con frecuencia?

1. Falo cas(os) meus compañeiras(os)	<input type="checkbox"/>
2. Xogo a algún deporte ou practico actividade física (brilé, baile, comba, ...)	<input type="checkbox"/>
3. Aproveito para facer as tarefas escolares pendentes	<input type="checkbox"/>
4. Escoito música	<input type="checkbox"/>

5. Falo por WhatsApp ou similares cas(os) meus amigas(os)	<input type="checkbox"/>
6. Navego por internet no meu móbil o nun aula do colexio	<input type="checkbox"/>
7. Vou a biblioteca	<input type="checkbox"/>

Grazas pola túa colaboración

Anexo II: Estadísticos estudio 1

A.19. QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD? * A.2.IMC

Tabla de contingencia

A.1.SEXO				A.2.IMC				Total
				Bajo Peso	Peso Normal	Sobrepeso	Obesidad	
MASCULINO	A.19. QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD?	Salud no buena	Recuento	40	56	62	52	210
			Frecuencia esperada	49,5	73,6	59,3	27,6	210,0
			Residuo	-9,5	-17,6	2,7	24,4	
			Residuos tipificados	-1,4	-2,0	,3	4,6	
		Salud buena	Recuento	127	192	138	41	498
			Frecuencia esperada	117,5	174,4	140,7	65,4	498,0
			Residuo	9,5	17,6	-2,7	-24,4	
			Residuos tipificados	,9	1,3	-,2	-3,0	
		Total	Recuento	167	248	200	93	708
			Frecuencia esperada	167,0	248,0	200,0	93,0	708,0
FEMININO	A.19. QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD?	Salud no buena	Recuento	53	106	101	69	329
			Frecuencia esperada	80,7	114,3	89,4	44,5	329,0
			Residuo	-27,7	-8,3	11,6	24,5	
			Residuos tipificados	-3,1	-,8	1,2	3,7	
		Salud buena	Recuento	132	156	104	33	425
			Frecuencia esperada	104,3	147,7	115,6	57,5	425,0
			Residuo	27,7	8,3	-11,6	-24,5	
			Residuos tipificados	2,7	,7	-1,1	-3,2	
		Total	Recuento	185	262	205	102	754
			Frecuencia esperada	185,0	262,0	205,0	102,0	754,0

Pruebas de chi-cuadrado

A.1.SEXO		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
MASCULINO	Chi-cuadrado de Pearson	39,462(a)	3	,000
	Razón de verosimilitudes	36,797	3	,000
	Asociación lineal por lineal	26,569	1	,000
	N de casos válidos	708		
FEMININO	Chi-cuadrado de Pearson	44,526(b)	3	,000
	Razón de verosimilitudes	45,216	3	,000
	Asociación lineal por lineal	43,244	1	,000
	N de casos válidos	754		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 27,58.
b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 44,51.

Medidas simétricas

A.1.SEXO			Valor	Sig. aproximada
MASCULINO	Nominal por nominal	Phi	,236	,000
		V de Cramer	,236	,000
		N de casos válidos	708	
FEMININO	Nominal por nominal	Phi	,243	,000
		V de Cramer	,243	,000
		N de casos válidos	754	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

A.19.QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD? * A.8.CE.COMO PERCORRES O TRAXECTO DESDE TUA CASA A• ESCOLA

Tabla de contingencia

A.1.SEXO					A.8.CE.COMO PERCORRES O TRAXECTO DESDE TUA CASA A• ESCOLA		Total
					Sin gasto energético	Con gasto energético	
MASCULINO	A.19.QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD?	Salud buena	no	Recuento	175	68	243
				Frecuencia esperada	158,7	84,3	243,0
				Residuo	16,3	-16,3	
		Salud buena		Residuos tipificados	1,3	-1,8	
				Recuento	337	204	541
				Frecuencia esperada	353,3	187,7	541,0
				Residuo	-16,3	16,3	
		Total		Residuos tipificados	-,9	1,2	
				Recuento	512	272	784
				Frecuencia esperada	512,0	272,0	784,0
FEMININO	A.19.QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD?	Salud buena	no	Recuento	261	106	367
				Frecuencia esperada	248,0	367,0	
				Residuo	13,0	-13,0	
		Salud buena		Residuos tipificados	,8	-1,2	
				Recuento	304	165	469
				Frecuencia esperada	317,0	152,0	469,0
		Total		Residuo	-13,0	13,0	
				Residuos tipificados	-,7	1,1	
				Recuento	565	271	836
				Frecuencia esperada	565,0	271,0	836,0

Pruebas de chi-cuadrado

A.1.SEXO		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
MASCULINO	Chi-cuadrado de Pearson	6,999(b)	1	,008		
	Corrección por continuidad(a)	6,576	1	,010		
	Razón de verosimilitudes	7,142	1	,008		
	Estadístico exacto de Fisher					
	Asociación lineal por lineal	6,990	1	,008		
	N de casos válidos	784				
FEMININO	Chi-cuadrado de Pearson	3,728(c)	1	,054		
	Corrección por continuidad(a)	3,446	1	,063		
	Razón de verosimilitudes	3,748	1	,053		
	Estadístico exacto de Fisher					
	Asociación lineal por lineal	3,724	1	,054		
	N de casos válidos	836				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 84,31.

c. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 118,97.

Medidas simétricas

A.1.SEXO			Valor	Sig. aproximada
MASCULINO	Nominal por nominal	Phi	,094	,008
		V de Cramer	,094	,008
	N de casos válidos		784	
FEMININO	Nominal por nominal	Phi	,067	,054
		V de Cramer	,067	,054
	N de casos válidos		836	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

A.19.QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD? * A.8.EC.COMO PERCORRES O TRAXECTO DESDE A• ESCOLA A TUA CASA

Tabla de contingencia

					A.8.EC.COMO PERCORRES O TRAXECTO DESDE A• ESCOLA A TUA CASA		Total
					Sin gasto energético	Con gasto energético	
A.1.SEXO							
MASCULINO	A.19.QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD?	Salud buena	no	Recuento	159	80	239
				Frecuencia esperada	145,9	93,1	239,0
				Residuo	13,1	-13,1	
		Salud buena		Residuos tipificados	1,1	-1,4	
				Recuento	314	222	536
				Frecuencia	327,1	208,9	536,0

				esperada			
				Residuo	-13,1	13,1	
				Residuos tipificados	-,7	,9	
Total				Recuento	473	302	775
FEMININO	A.19.QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD?	Salud buena	no	Frecuencia esperada	473,0	302,0	775,0
				Recuento	244	124	368
				Frecuencia esperada	229,9	138,1	368,0
				Residuo	14,1	-14,1	
				Residuos tipificados	,9	-1,2	
		Salud buena		Recuento	279	190	469
				Frecuencia esperada	293,1	175,9	469,0
				Residuo	-14,1	14,1	
				Residuos tipificados	-,8	1,1	
				Recuento	523	314	837
Total				Frecuencia esperada	523,0	314,0	837,0

Pruebas de chi-cuadrado

A.1.SEXO		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
MASCULINO	Chi-cuadrado de Pearson	4,387(b)	1	,036	,038	,022
	Corrección por continuidad(a)	4,060	1	,044		
	Razón de verosimilitudes	4,437	1	,035		
	Estadístico exacto de Fisher					
	Asociación lineal por lineal	4,382	1	,036		
		N de casos válidos	775			
FEMININO	Chi-cuadrado de Pearson	4,087(c)	1	,043	,044	,025
	Corrección por continuidad(a)	3,801	1	,051		
	Razón de verosimilitudes	4,103	1	,043		
	Estadístico exacto de Fisher					
	Asociación lineal por lineal	4,082	1	,043		
		N de casos válidos	837			

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 93,13.

c. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 138,05.

Medidas simétricas

A.1.SEXO			Valor	Sig. aproximada
MASCULINO	Nominal por nominal	Phi	,075	,036
		V de Cramer	,075	,036
	N de casos válidos		775	
FEMININO	Nominal por nominal	Phi	,070	,043
		V de Cramer	,070	,043
	N de casos válidos		837	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

A.19.QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD? * A.9.CE.CANTO TEMPO TARDAS EN FACER O TRAXECTO DESDE A TUA CASA A• ESCOLA

Tabla de contingencia

					A.9.CE.CANTO TEMPO TARDAS EN FACER O TRAXECTO DESDE A TUA CASA A• ESCOLA		Total
A.1.SEXO					Menos de 10min	Más de 10min	
MASCULINO	A.19.QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD?	Salud buena	no	Recuento	44	33	77
				Frecuencia esperada	42,7	34,3	77,0
				Residuo	1,3	-1,3	
		Salud buena		Residuos tipificados	,2	-,2	
				Recuento	122	100	222
				Frecuencia esperada	123,3	98,7	222,0
				Residuo	-1,3	1,3	
		Total		Residuos tipificados	-,1	,1	
				Recuento	166	133	299
				Frecuencia esperada	166,0	133,0	299,0
FEMININO	A.19.QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD?	Salud buena	no	Recuento	70	45	115
				Frecuencia esperada	67,5	115,0	
				Residuo	2,5	-2,5	
		Salud buena		Residuos tipificados	,3	-,4	
				Recuento	96	72	168
				Frecuencia esperada	98,5	69,5	168,0
				Residuo	-2,5	2,5	
		Total		Residuos tipificados	-,3	,3	
				Recuento	166	117	283
				Frecuencia esperada	166,0	117,0	283,0

Pruebas de chi-cuadrado

A.1.SEXO		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
MASCULINO	Chi-cuadrado de Pearson	,111(b)	1	,739		
	Corrección por continuidad(a)	,040	1	,842		
	Razón de verosimilitudes	,111	1	,739		
	Estadístico exacto de Fisher					
	Asociación lineal por lineal	,110	1	,740		
	N de casos válidos	299				
FEMININO	Chi-cuadrado de Pearson	,391(c)	1	,532		
	Corrección por continuidad(a)	,252	1	,615		
	Razón de verosimilitudes	,392	1	,531		

Estadístico exacto de Fisher					
Asociación lineal por lineal	,390	1	,533	,542	,308
N de casos válidos	283				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 34,25.

c 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 47,54.

Medidas simétricas

A.1.SEXO			Valor	Sig. aproximada
MASCULINO	Nominal por nominal	Phi	,019	,739
		V de Cramer	,019	,739
		N de casos válidos	299	
FEMININO	Nominal por nominal	Phi	,037	,532
		V de Cramer	,037	,532
		N de casos válidos	283	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

A.19.QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD? * A.9.EC.CANTO TEMPO TARDAS EN FACER O TRAXECTO DESDE A ESCOLA A TUA CASA

Tabla de contingencia

						A.9.EC.CANTO TEMPO TARDAS EN FACER O TRAXECTO DESDE A ESCOLA A TUA CASA		
A.1.SEXO						Menos de 10min	Más de 10min	Total
MASCULINO	A.19.QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD?	Salud buena	no	Recuento		45	47	92
				Frecuencia esperada		46,0	46,0	92,0
				Residuo		-1,0	1,0	
				Residuos tipificados		-,1	,1	
				Recuento		122	120	242
	Total	Salud buena	no	Frecuencia esperada		121,0	121,0	242,0
				Residuo		1,0	-1,0	
				Residuos tipificados		,1	-,1	
				Recuento		167	167	334
				Frecuencia esperada		167,0	167,0	334,0
FEMININO	A.19.QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD?	Salud buena	no	Recuento		68	65	133
				Frecuencia esperada		67,3	133,0	
				Residuo		,7	-,7	
				Residuos tipificados		,1	-,1	
				Recuento		96	95	191
	Total	Salud buena	no	Frecuencia esperada		96,7	94,3	191,0
				Residuo		-,7	,7	
				Residuos tipificados		-,1	,1	
				Recuento		164	160	324
				Frecuencia esperada		164,0	160,0	324,0

Pruebas de chi-cuadrado

A.1.SEXO		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
MASCULINO	Chi-cuadrado de Pearson	,060(b)	1	,806		
	Corrección por continuidad(a)	,015	1	,903		
	Razón de verosimilitudes	,060	1	,806		
	Estadístico exacto de Fisher					
	Asociación lineal por lineal	,060	1	,807		
	N de casos válidos	334				
FEMININO	Chi-cuadrado de Pearson	,024(c)	1	,878		
	Corrección por continuidad(a)	,002	1	,968		
	Razón de verosimilitudes	,024	1	,878		
	Estadístico exacto de Fisher					
	Asociación lineal por lineal	,023	1	,878		
	N de casos válidos	324				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 46,00.

c. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 65,68.

Medidas simétricas

A.1.SEXO		Valor	Sig. aproximada
MASCULINO	Nominal por nominal Phi	-,013	,806
	V de Cramer	,013	,806
	N de casos válidos	334	
FEMININO	Nominal por nominal Phi	,009	,878
	V de Cramer	,009	,878
	N de casos válidos	324	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

A.19.QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD? * A.10.c.TEMPO QUE REALIZAS ACTIVIDAD FÍ• SICO/DEPORTIVA FORA DAS HORAS DA CLASE MAIS DE 30MIN DÃ• A SEN SER CLUBS OU ASOCIACIACIÓN

Tabla de contingencia

					A.10.c.TEMPO QUE REALIZAS ACTIVIDAD FÍ• SICO/DEPORTIVA FORA DAS HORAS DA CLASE MAIS DE 30MIN DÃ• A SEN SER CLUBS OU ASOCIACIACIÓN			Total
					1 hora o menos	2 a 3 horas	4 horas o más	
A.1.SEXO								
MASCULINO	A.19.QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD?	Salud buena	no	Recuento	96	87	39	222
				Frecuencia esperada	77,7	84,2	60,1	222,0
				Residuo	18,3	2,8	-21,1	

FEMININO	A.19.QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD?	DE	TU DE	Salud buena	no	Residuos tipificados	2,1	,3	-2,7	
						Recuento	165	196	163	524
						Frecuencia esperada	183,3	198,8	141,9	524,0
						Residuo	-18,3	-2,8	21,1	
						Residuos tipificados	-1,4	-,2	1,8	
						Recuento	261	283	202	746
						Frecuencia esperada	261,0	283,0	202,0	746,0
						Recuento	199	100	34	333
						Frecuencia esperada	188,5	104,4	40,1	333,0
						Residuo	10,5	-4,4	-6,1	
						Residuos tipificados	,8	-,4	-1,0	
						Recuento	238	142	59	439
						Frecuencia esperada	248,5	137,6	52,9	439,0
						Residuo	-10,5	4,4	6,1	
Total	Residuos tipificados	-,7	,4	,8						
	Recuento	437	242	93	772					
	Frecuencia esperada	437,0	242,0	93,0	772,0					

Pruebas de chi-cuadrado

A.1.SEXO		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
MASCULINO	Chi-cuadrado de Pearson	16,846(a)	2	,000
	Razón de verosimilitudes	17,522	2	,000
	Asociación lineal por lineal	16,216	1	,000
	N de casos válidos	746		
FEMININO	Chi-cuadrado de Pearson	2,992(b)	2	,224
	Razón de verosimilitudes	3,015	2	,221
	Asociación lineal por lineal	2,984	1	,084
	N de casos válidos	772		

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 60,11.

b. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 40,12.

Medidas simétricas

A.1.SEXO			Valor	Sig. aproximada
MASCULINO	Nominal por nominal	Phi	,150	,000
		V de Cramer	,150	,000
	N de casos válidos		746	
FEMININO	Nominal por nominal	Phi	,062	,224
		V de Cramer	,062	,224
	N de casos válidos		772	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

A.19. QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD? * A.11.c. TIEMPO QUE REALIZAS ACTIVIDAD FÍSICO/DEPORTIVA MÁS DE 30MIN FUERA DE LA ESCUELA EN UN CLUB O COLECTIVO BAJO DIRECCIÓN

Tabla de contingencia

					A.11.c.TIEMPO QUE REALIZAS ACTIVIDAD FÍSICO/DEPORTIVA MÁS DE 30MIN FUERA DE LA ESCUELA EN UN CLUB O COLECTIVO BAJO DIRECCIÓN			Total
A.1.SEXO					1 hora o menos	2 a 3 horas	4 horas o más	
MASCULINO	A.19. QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD?	Salud buena	no	Recuento	42	65	27	134
				Frecuencia esperada	25,5	55,4	53,2	134,0
				Residuo	16,5	9,6	-26,2	
				Residuos tipificados	3,3	1,3	-3,6	
				Recuento	61	159	188	408
		Salud buena		Frecuencia esperada	77,5	168,6	161,8	408,0
				Residuo	-16,5	-9,6	26,2	
				Residuos tipificados	-1,9	-,7	2,1	
				Recuento	103	224	215	542
				Frecuencia esperada	103,0	224,0	215,0	542,0
FEMININO	A.19. QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD?	Salud buena	no	Recuento	45	71	30	146
				Frecuencia esperada	42,6	42,3	146,0	
				Residuo	2,4	9,9	-12,3	
				Residuos tipificados	,4	1,3	-1,9	
				Recuento	79	107	93	279
		Salud buena		Frecuencia esperada	81,4	116,9	80,7	279,0
				Residuo	-2,4	-9,9	12,3	
				Residuos tipificados	-,3	-,9	1,4	
				Recuento	124	178	123	425
				Frecuencia esperada	124,0	178,0	123,0	425,0

Pruebas de chi-cuadrado

A.1.SEXO		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
MASCULINO	Chi-cuadrado de Pearson	33,579(a)	2	,000
	Razón de verosimilitudes	34,657	2	,000
	Asociación lineal por lineal	33,149	1	,000
	N de casos válidos	542		
FEMININO	Chi-cuadrado de Pearson	8,038(b)	2	,018
	Razón de verosimilitudes	8,298	2	,016
	Asociación lineal por lineal	3,847	1	,050
	N de casos válidos	425		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 25,46.
b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 42,25.

Medidas simétricas

A.1.SEXO			Valor	Sig. aproximada
MASCULINO	Nominal por nominal	Phi	,249	,000
		V de Cramer	,249	,000
		N de casos válidos	542	
FEMININO	Nominal por nominal	Phi	,138	,018
		V de Cramer	,138	,018
		N de casos válidos	425	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

A.19.QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD? * A.12.c.TEMPO QUE REALIZAS ACTIVIDAD FÍSICO/DEPORTIVA MAIS DE 30MIN DENTRO DA ESCOLA BAIXO DIRECCIÓN

Tabla de contingencia

A.1.SEXO					A.12.c.TEMPO QUE REALIZAS ACTIVIDAD FÍSICO/DEPORTIVA MAIS DE 30MIN DENTRO DA ESCOLA BAIXO DIRECCIÓN			Total
					1 hora o menos	2 a 3 horas	4 horas o más	
MASCULINO	A.19.QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD?	Salud buena	no	Recuento	47	30	13	90
				Frecuencia esperada	42,6	30,2	17,2	90,0
				Residuo	4,4	-,2	-4,2	
		Salud buena		Residuos tipificados	,7	,0	-1,0	
				Recuento	111	82	51	244
				Frecuencia esperada	115,4	81,8	46,8	244,0
				Residuo	-4,4	,2	4,2	
		Total		Residuos tipificados	-,4	,0	,6	
				Recuento	158	112	64	334
				Frecuencia esperada	158,0	112,0	64,0	334,0
FEMININO	A.19.QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD?	Salud buena	no	Recuento	54	32	5	91
				Frecuencia esperada	53,7	28,9	8,4	91,0
				Residuo	,3	3,1	-3,4	
		Salud buena		Residuos tipificados	,0	,6	-1,2	
				Recuento	74	37	15	126
				Frecuencia esperada	74,3	40,1	11,6	126,0
		Total		Residuo	-,3	-3,1	3,4	
				Residuos tipificados	,0	-,5	1,0	
				Recuento	128	69	20	217
				Frecuencia esperada	128,0	69,0	20,0	217,0

Pruebas de chi-cuadrado

A.1.SEXO		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
MASCULINO	Chi-cuadrado de Pearson	2,062(a)	2	,357
	Razón de verosimilitudes	2,136	2	,344
	Asociación lineal por lineal	1,947	1	,163
	N de casos válidos	334		
FEMININO	Chi-cuadrado de Pearson	2,918(b)	2	,232
	Razón de verosimilitudes	3,063	2	,216
	Asociación lineal por lineal	,597	1	,440
	N de casos válidos	217		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 17,25.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 8,39.

Medidas simétricas

A.1.SEXO			Valor	Sig. aproximada
MASCULINO	Nominal por nominal	Phi	,079	,357
		V de Cramer	,079	,357
	N de casos válidos	334		
FEMININO	Nominal por nominal	Phi	,116	,232
		V de Cramer	,116	,232
	N de casos válidos	217		

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

A.19.QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD? * PTTAF.EFC.TIEMPO TOTAL DE ACTIVIDAD FÍ• SICO DEPORTIVA CON LA SUMA DE EF CODIFICADA

Tabla de contingencia

					PTTAF.EFC.TIEMPO TOTAL DE ACTIVIDAD FÍ• SICO DEPORTIVA CON LA SUMA DE EF CODIFICADA		Total
A.1.SEXO					No activos	Activos	
MASCULINO	A.19.QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD?	Salud buena	no	Recuento	178	73	251
				Frecuencia esperada	140,4	110,6	251,0
				Residuo	37,6	-37,6	
				Residuos tipificados	3,2	-3,6	
				Recuento	275	284	559
		Salud buena		Frecuencia esperada	312,6	246,4	559,0
				Residuo	-37,6	37,6	
				Residuos tipificados	-2,1	2,4	
				Recuento	453	357	810
				Frecuencia esperada	453,0	357,0	810,0
FEMININO	A.19.QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD?	Salud buena	no	Recuento	313	60	373
				Frecuencia esperada	287,8	373,0	
				Residuo	25,2	-25,2	
				Residuos tipificados	1,5	-2,7	

	Salud buena	Recuento	342	134	476
		Frecuencia esperada	367,2	108,8	476,0
		Residuo	-25,2	25,2	
		Residuos tipificados	-1,3	2,4	
Total		Recuento	655	194	849
		Frecuencia esperada	655,0	194,0	849,0

Pruebas de chi-cuadrado

A.1.SEXO		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
MASCULINO	Chi-cuadrado de Pearson	33,157(b)	1	,000	,000	,000
	Corrección por continuidad(a)	32,282	1	,000		
	Razón de verosimilitudes	34,045	1	,000		
	Estadístico exacto de Fisher					
	Asociación lineal por lineal					
	N de casos válidos	33,116	1	,000		
FEMININO	Chi-cuadrado de Pearson	17,269(c)	1	,000	,000	,000
	Corrección por continuidad(a)	16,591	1	,000		
	Razón de verosimilitudes	17,712	1	,000		
	Estadístico exacto de Fisher					
	Asociación lineal por lineal					
	N de casos válidos	17,249	1	,000		
		849				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 110,63.

c. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 85,23.

Medidas simétricas

A.1.SEXO			Valor	Sig. aproximada
MASCULINO	Nominal por nominal	Phi	,202	,000
		V de Cramer	,202	,000
	N de casos válidos		810	
FEMININO	Nominal por nominal	Phi	,143	,000
		V de Cramer	,143	,000
	N de casos válidos		849	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

A.19.¿QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD? * A.14.CONSIDERAS QUE LA MAYORÍA DE TUS AMISTADES PRACTICAN ACTIVIDAD FÍSICO/DEPORTIVA

Tabla de contingencia

A.1.SEXO	A.14.CONSIDERAS QUE LA MAYORÍA DE TUS AMISTADES PRACTICAN ACTIVIDAD FÍSICO/DEPORTIVA	Total
----------	--	-------

					Práctica escasa o nula	Práctica habitual	
MASCULINO	A.19. QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD?	Salud buena	no	Recuento	84	164	248
				Frecuencia esperada	51,8	196,2	248,0
				Residuo	32,2	-32,2	
		Salud buena		Residuos tipificados	4,5	-2,3	
				Recuento	83	468	551
				Frecuencia esperada	115,2	435,8	551,0
				Residuo	-32,2	32,2	
		Total		Residuos tipificados	-3,0	1,5	
				Recuento	167	632	799
				Frecuencia esperada	167,0	632,0	799,0
FEMININO	A.19. QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD?	Salud buena	no	Recuento	189	183	372
				Frecuencia esperada	157,8	372,0	
				Residuo	31,2	-31,2	
		Salud buena		Residuos tipificados	2,5	-2,1	
				Recuento	169	303	472
				Frecuencia esperada	200,2	271,8	472,0
		Total		Residuo	-31,2	31,2	
				Residuos tipificados	-2,2	1,9	
				Recuento	358	486	844
				Frecuencia esperada	358,0	486,0	844,0

Pruebas de chi-cuadrado

A.1.SEXO		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
MASCULINO	Chi-cuadrado de Pearson	36,591(b)	1	,000	,000	,000
	Corrección por continuidad(a)	35,462	1	,000		
	Razón de verosimilitudes	34,640	1	,000		
	Estadístico exacto de Fisher					
	Asociación lineal por lineal	36,545	1	,000		
	N de casos válidos	799				
FEMININO	Chi-cuadrado de Pearson	19,168(c)	1	,000	,000	,000
	Corrección por continuidad(a)	18,558	1	,000		
	Razón de verosimilitudes	19,180	1	,000		
	Estadístico exacto de Fisher					
	Asociación lineal por lineal	19,145	1	,000		
	N de casos válidos	844				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 51,83.

c. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 157,79.

Medidas simétricas

A.1.SEXO			Valor	Sig. aproximada
MASCULINO	Nominal por nominal	Phi	,214	,000
		V de Cramer	,214	,000
		N de casos válidos	799	
FEMININO	Nominal por nominal	Phi	,151	,000
		V de Cramer	,151	,000
		N de casos válidos	844	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

A.19.QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD? * A.15.CUANDO ESTÁ• S CON TUS AMISTADEZ, PRACTICAS ALGUNA ACTIVIDAD FÍSICO DEPORTIVA

Tabla de contingencia

A.1.SEXO					A.15.CUANDO ESTÁ• S CON TUS AMISTADEZ, PRACTICAS ALGUNA ACTIVIDAD FÍSICO DEPORTIVA		Total
					Práctica escasa o nula	Práctica habitual	
MASCULINO	A.19.QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD?	Salud buena	no	Recuento	135	114	249
				Frecuencia esperada	101,3	147,7	249,0
				Residuo	33,7	-33,7	
		Salud buena		Residuos tipificados	3,3	-2,8	
				Recuento	191	361	552
				Frecuencia esperada	224,7	327,3	552,0
				Residuo	-33,7	33,7	
		Total		Residuos tipificados	-2,2	1,9	
				Recuento	326	475	801
				Frecuencia esperada	326,0	475,0	801,0
FEMININO	A.19.QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD?	Salud buena	no	Recuento	284	88	372
				Frecuencia esperada	260,6	111,4	
				Residuo	23,4	-23,4	
		Salud buena		Residuos tipificados	1,5	-2,2	
				Recuento	310	166	476
				Frecuencia esperada	333,4	142,6	476,0
		Total		Residuo	-23,4	23,4	
				Residuos tipificados	-1,3	2,0	
				Recuento	594	254	848
				Frecuencia esperada	594,0	254,0	848,0

Pruebas de chi-cuadrado

A.1.SEXO		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
MASCULINO	Chi-cuadrado de Pearson	27,356(b)	1	,000		
	Corrección por continuidad(a)	26,549	1	,000		
	Razón de verosimilitudes	27,110	1	,000		
	Estadístico exacto de Fisher					
	Asociación lineal por lineal	27,322	1	,000		
	N de casos válidos	801				
FEMININO	Chi-cuadrado de Pearson	12,524(c)	1	,000		
	Corrección por continuidad(a)	11,995	1	,001		
	Razón de verosimilitudes	12,696	1	,000		
	Estadístico exacto de Fisher					
	Asociación lineal por lineal	12,510	1	,000		
	N de casos válidos	848				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 101,34.

c 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 111,42.

Medidas simétricas

A.1.SEXO			Valor	Sig. aproximada
MASCULINO	Nominal por nominal	Phi	,185	,000
		V de Cramer	,185	,000
	N de casos válidos		801	
FEMININO	Nominal por nominal	Phi	,122	,000
		V de Cramer	,122	,000
	N de casos válidos		848	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

A.19.¿QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD? * A.16.C.A QUE HORA VAS NORMALMENTE PARA A CAMA

Tabla de contingencia

A.1.SEXO					A.16.C.A QUE HORA VAS NORMALMENTE PARA A CAMA			Total
					A las 22h o antes	De 22h a medianoche	A medianoche o posterior	
MASCULINO	A.19.¿QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD?	Salud buena	no	Recuento	98	84	66	248
				Frecuencia esperada	102,9	93,0	52,1	248,0
				Residuo	-4,9	-9,0	13,9	
				Residuos tipificados	-,5	-,9	1,9	
		Salud buena		Recuento	232	214	101	547
				Frecuencia esperada	227,1	205,0	114,9	547,0
				Residuo	4,9	9,0	-13,9	
				Residuos	,3	,6	-1,3	

Total				tipificados				
				Recuento	330	298	167	795
				Frecuencia esperada	330,0	298,0	167,0	795,0
FEMININO	A.19.QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD?	Salud no buena	no	Recuento	153	135	84	372
		Frecuencia esperada		150,6	148,4	73,1	372,0	
				Residuo	2,4	-13,4	10,9	
				Residuos tipificados	,2	-1,1	1,3	
		Salud buena		Recuento	189	202	82	473
				Frecuencia esperada	191,4	188,6	92,9	473,0
				Residuo	-2,4	13,4	-10,9	
				Residuos tipificados	-,2	1,0	-1,1	
Total				Recuento	342	337	166	845
				Frecuencia esperada	342,0	337,0	166,0	845,0

Pruebas de chi-cuadrado

A.1.SEXO		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
MASCULINO	Chi-cuadrado de Pearson	6,994(a)	2	,030
	Razón de verosimilitudes	6,801	2	,033
	Asociación lineal por lineal	3,566	1	,059
	N de casos válidos	795		
FEMININO	Chi-cuadrado de Pearson	5,135(b)	2	,077
	Razón de verosimilitudes	5,129	2	,077
	Asociación lineal por lineal	,619	1	,432
	N de casos válidos	845		

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 52,10.

b. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 73,08.

Medidas simétricas

A.1.SEXO			Valor	Sig. aproximada
MASCULINO	Nominal por nominal	Phi	,094	,030
		V de Cramer	,094	,030
	N de casos válidos		795	
FEMININO	Nominal por nominal	Phi	,078	,077
		V de Cramer	,078	,077
	N de casos válidos		845	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

A.19.QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD? * A.16.D.A QUE HORA NORMALMENTE DORMES

Tabla de contingencia

					A.16.D.A QUE HORA NORMALMENTE DORMES			Total
A.1.SEXO					Menos de 8h	De 8 a 10h	11 horas o más	
MASCULINO	A.19.QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD?	Salud no buena	Recuento		65	173	5	243
			Frecuencia esperada		51,3	182,2	9,6	243,0

FEMININO	A.19.QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD?	DE TU	Salud buena	Residuo	13,7	-9,2	-4,6	544	
				Residuos tipificados	1,9	-,7	-1,5		
				Recuento	101	417	26		
				Frecuencia esperada	114,7	407,8	21,4		
				Residuo	-13,7	9,2	4,6		
				Residuos tipificados	-1,3	,5	1,0		
				Recuento	166	590	31		
				Frecuencia esperada	166,0	590,0	31,0		
			Salud no buena	Recuento	105	257	6	368	
				Frecuencia esperada	87,3	272,4	8,3		
				Residuo	17,7	-15,4	-2,3		
				Residuos tipificados	1,9	-,9	-,8		
				Recuento	95	367	13		475
				Frecuencia esperada	112,7	351,6	10,7		
				Residuo	-17,7	15,4	2,3		
				Residuos tipificados	-1,7	,8	,7		843
Recuento	200	624	19						
Frecuencia esperada	200,0	624,0	19,0						

Pruebas de chi-cuadrado

A.1.SEXO		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
MASCULINO	Chi-cuadrado de Pearson	9,159(a)	2	,010
	Razón de verosimilitudes	9,348	2	,009
	Asociación lineal por lineal	9,031	1	,003
	N de casos válidos	787		
FEMININO	Chi-cuadrado de Pearson	9,034(b)	2	,011
	Razón de verosimilitudes	9,016	2	,011
	Asociación lineal por lineal	9,005	1	,003
	N de casos válidos	843		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 9,57.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 8,29.

Medidas simétricas

A.1.SEXO			Valor	Sig. aproximada
MASCULINO	Nominal por nominal	Phi	,108	,010
		V de Cramer	,108	,010
	N de casos válidos		787	
FEMININO	Nominal por nominal	Phi	,104	,011
		V de Cramer	,104	,011
	N de casos válidos		843	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

A.19. QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD? * A.17.A.DURANTE A SEMANA ONDE COMES O ALMORZO

Tabla de contingencia

					A.17.A.DURANTE A SEMANA ONDE COMES O ALMORZO				
A.1.SEXO					NA CASA	En la escuela o en un restaurante/café	No tomo	En la calle	Total
MASCULINO	A.19. QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD?	Salud buena	no	Recuento	234	1	6	2	243
				Frecuencia esperada	235,3	2,8	4,0	,9	243,0
				Residuo	-1,3	-1,8	2,0	1,1	
				Residuos tipificados	-,1	-1,1	1,0	1,1	
		Salud buena		Recuento	527	8	7	1	543
				Frecuencia esperada	525,7	6,2	9,0	2,1	543,0
				Residuo	1,3	1,8	-2,0	-1,1	
				Residuos tipificados	,1	,7	-,7	-,7	
				Recuento	761	9	13	3	786
				Frecuencia esperada	761,0	9,0	13,0	3,0	786,0
FEMININO	A.19. QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD?	Salud buena	no	Recuento	337	4	17		358
				Frecuencia esperada	341,2	3,9	13,0	358,0	
				Residuo	-4,2	,1	4,0		
				Residuos tipificados	-,2	,1	1,1		
		Salud buena		Recuento	453	5	13		471
				Frecuencia esperada	448,8	5,1	17,0		471,0
				Residuo	4,2	-,1	-4,0		
				Residuos tipificados	,2	-,1	-1,0		
				Recuento	790	9	30		829
				Frecuencia esperada	790,0	9,0	30,0		829,0

Pruebas de chi-cuadrado

A.1.SEXO		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
MASCULINO	Chi-cuadrado de Pearson	4,871(a)	3	,181
	Razón de verosimilitudes	4,932	3	,177
	Asociación lineal por lineal	,511	1	,475
	N de casos válidos	786		
FEMININO	Chi-cuadrado de Pearson	2,318(b)	2	,314
	Razón de verosimilitudes	2,290	2	,318
	Asociación lineal por lineal	1,978	1	,160
	N de casos válidos	829		

a 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,93.
b 1 casillas (16,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,89.

Medidas simétricas

A.1.SEXO				Valor	Sig. aproximada
MASCULINO	Nominal por nominal	Phi		,079	,181
		V de Cramer		,079	,181
		N de casos válidos		786	
FEMININO	Nominal por nominal	Phi		,053	,314
		V de Cramer		,053	,314
		N de casos válidos		829	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

A.19.¿QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD? * A.17.MM.DURANTE A SEMANA ONDE COMES A MEDIA MAÑANA

Tabla de contingencia

A.1.SEXO					A.17.MM.DURANTE A SEMANA ONDE COMES A MEDIA MAÑANA				Total
					NA CASA	En la escuela o en un restaurante/café	No tomo	En la calle	
MASCULINO	A.19.¿QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD?	Salud buena	no	Recuento	51	142	36	3	232
				Frecuencia esperada	57,4	139,9	32,6	2,2	232,0
				Residuo	-6,4	2,1	3,4	,8	
				Residuos tipificados	-,8	,2	,6	,6	
				Recuento	134	309	69	4	516
		Salud buena		Frecuencia esperada	127,6	311,1	72,4	4,8	516,0
				Residuo	6,4	-2,1	-3,4	-,8	
				Residuos tipificados	,6	-,1	-,4	-,4	
				Recuento	185	451	105	7	748
				Frecuencia esperada	185,0	451,0	105,0	7,0	748,0
FEMININO	A.19.¿QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD?	Salud buena	no	Recuento	63	230	52	1	346
				Frecuencia esperada	59,2	240,6	44,9	1,3	346,0
				Residuo	3,8	-10,6	7,1	-,3	
				Residuos tipificados	,5	-,7	1,1	-,3	
				Recuento	74	327	52	2	455
		Salud buena		Frecuencia esperada	77,8	316,4	59,1	1,7	455,0
				Residuo	-3,8	10,6	-7,1	,3	
				Residuos tipificados	-,4	,6	-,9	,2	
				Recuento	137	557	104	3	801
				Frecuencia esperada	137,0	557,0	104,0	3,0	801,0

Pruebas de chi-cuadrado

A.1.SEXO		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
MASCULINO	Chi-cuadrado de Pearson	2,058(a)	3	,560
	Razón de verosimilitudes	2,046	3	,563
	Asociación lineal por lineal	1,548	1	,213
	N de casos válidos	748		
FEMININO	Chi-cuadrado de Pearson	3,338(b)	3	,342
	Razón de verosimilitudes	3,324	3	,344
	Asociación lineal por lineal	,308	1	,579
	N de casos válidos	801		

a 2 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,17.
b 2 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,30.

Medidas simétricas

A.1.SEXO			Valor	Sig. aproximada
MASCULINO	Nominal por nominal	Phi	,052	,560
		V de Cramer	,052	,560
	N de casos válidos		748	
FEMININO	Nominal por nominal	Phi	,065	,342
		V de Cramer	,065	,342
	N de casos válidos		801	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.
b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

A.19.QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD? * A.17.X.DURANTE A SEMANA ONDE XANTAS

Tabla de contingencia

A.1.SEXO					A.17.X.DURANTE A SEMANA ONDE XANTAS				Total
					NA CASA	En la escuela o en un restaurante/café	No tomo	En la calle	
MASCULINO	A.19.QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD?	Salud buena	no	Recuento	181	60	1	2	244
				Frecuencia esperada	188,6	54,2	,3	,9	244,0
				Residuo	-7,6	5,8	,7	1,1	
				Residuos tipificados	-,6	,8	1,2	1,1	
			Salud buena	Recuento	428	115	0	1	544
				Frecuencia esperada	420,4	120,8	,7	2,1	544,0
				Residuo	7,6	-5,8	-,7	-1,1	
				Residuos tipificados	,4	-,5	-,8	-,7	
				Recuento	609	175	1	3	788
				Frecuencia esperada	609,0	175,0	1,0	3,0	788,0
FEMININO	A.19.QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD?	Salud buena	no	Recuento	278	93	0		371
				Frecuencia esperada	289,6	81,0	,4	371,0	
				Residuo	-11,6	12,0	-,4		
				Residuos tipificados	-,7	1,3	-,7		
			Salud buena	Recuento	380	91	1		472
				Frecuencia esperada	368,4	103,0	,6		472,0
				Residuo	11,6	-12,0	,4		

Total	Residuos tipificados	,6	-1,2	,6	
	Recuento	658	184	1	843
	Frecuencia esperada	658,0	184,0	1,0	843,0

Pruebas de chi-cuadrado

A.1.SEXO		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
MASCULINO	Chi-cuadrado de Pearson	5,362(a)	3	,147
	Razón de verosimilitudes	5,286	3	,152
	Asociación lineal por lineal	2,099	1	,147
	N de casos válidos	788		
FEMININO	Chi-cuadrado de Pearson	4,801(b)	2	,091
	Razón de verosimilitudes	5,154	2	,076
	Asociación lineal por lineal	3,725	1	,054
	N de casos válidos	843		

a. 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,31.

b. 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,44.

Medidas simétricas

A.1.SEXO			Valor	Sig. aproximada
MASCULINO	Nominal por nominal	Phi	,082	,147
		V de Cramer	,082	,147
	N de casos válidos		788	
FEMININO	Nominal por nominal	Phi	,075	,091
		V de Cramer	,075	,091
	N de casos válidos		843	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

A.19.¿QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD? * A.17.M.DURANTE A SEMANA ONDE COMES A MERENDA

Tabla de contingencia

					A.17.M.DURANTE A SEMANA ONDE COMES A MERENDA				
					NA CASA	En la escuela o en un restaurante/café	No tomo	En la calle	
A.1.SEXO									
MASCULINO	A.19.QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD?	Salud buena	no	Recuento	198	9	21	10	238
				Frecuencia esperada	198,9	6,1	21,5	11,4	238,0
				Residuo	-,9	2,9	-,5	-1,4	
				Residuos tipificados	-,1	1,1	-,1	-,4	
				Recuento	449	11	49	27	536
		Salud buena		Frecuencia esperada	448,1	13,9	48,5	25,6	536,0
				Residuo	,9	-2,9	,5	1,4	
				Residuos tipificados	,0	-,8	,1	,3	
				Recuento	647	20	70	37	774
				Frecuencia esperada	647,0	20,0	70,0	37,0	774,0
Total									
FEMININO	A.19.QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD?	Salud buena	no	Recuento	292	10	42	12	356
				Frecuencia esperada					

SALUD?	Frecuencia esperada	292,7	9,1	36,0	18,2	356,0	
	Residuo		-,7	,9	6,0	-6,2	
	Residuos tipificados		,0	,3	1,0	-1,5	
	Salud buena Recuento	383	11	41	30	465	
	Frecuencia esperada	382,3	11,9	47,0	23,8	465,0	
	Residuo		,7	-,9	-6,0	6,2	
Total	Residuos tipificados		,0	-,3	-,9	1,3	
	Recuento	675	21	83	42	821	
	Frecuencia esperada	675,0	21,0	83,0	42,0	821,0	

Pruebas de chi-cuadrado

A.1.SEXO		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
MASCULINO	Chi-cuadrado de Pearson	2,173(a)	3	,537
	Razón de verosimilitudes	2,057	3	,561
	Asociación lineal por lineal	,010	1	,921
	N de casos válidos	774		
FEMININO	Chi-cuadrado de Pearson	5,671(b)	3	,129
	Razón de verosimilitudes	5,821	3	,121
	Asociación lineal por lineal	,000	1	,986
	N de casos válidos	821		

a 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 6,15.

b 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 9,11.

Medidas simétricas

A.1.SEXO			Valor	Sig. aproximada
MASCULINO	Nominal por nominal	Phi	,053	,537
		V de Cramer	,053	,537
	N de casos válidos	774		
FEMININO	Nominal por nominal	Phi	,083	,129
		V de Cramer	,083	,129
	N de casos válidos	821		

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

A.19.QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD? * A.17.C.DURANTE A SEMANA ONDE COMES A CEA

Tabla de contingencia

A.19.QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD?					A.17.C.DURANTE A SEMANA ONDE COMES A CEA				Total
					NA CASA	En la escuela o en un restaurante/café	No tomo	En la calle	
A.1.SEXO	MASCULINO	Salud buena	no	Recuento	233	6	1	2	242
				Frecuencia esperada	235,3	4,6	1,2	,9	242,0
				Residuo	-2,3	1,4	-,2	1,1	
		Salud buena		Residuos tipificados	-,1	,7	-,2	1,1	
				Recuento	535	9	3	1	548
				Frecuencia esperada					

FEMININO	A.19. QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD?	Salud buena	no	Frecuencia esperada	532,7	10,4	2,8	2,1	548,0
				Residuo	2,3	-1,4	,2	-1,1	
				Residuos tipificados	,1	-,4	,1	-,7	
				Recuento	768	15	4	3	790
				Frecuencia esperada	768,0	15,0	4,0	3,0	790,0
				Recuento	352	7	6	0	365
				Frecuencia esperada	355,4	4,4	4,8	,4	365,0
				Residuo	-3,4	2,6	1,2	-,4	
				Residuos tipificados	-,2	1,3	,5	-,7	
				Recuento	459	3	5	1	468
				Frecuencia esperada	455,6	5,6	6,2	,6	468,0
				Residuo	3,4	-2,6	-1,2	,4	
Total				Residuos tipificados	,2	-1,1	-,5	,6	
				Recuento	811	10	11	1	833
				Frecuencia esperada	811,0	10,0	11,0	1,0	833,0

Pruebas de chi-cuadrado

A.1.SEXO		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
MASCULINO	Chi-cuadrado de Pearson	2,544(a)	3	,467
	Razón de verosimilitudes	2,329	3	,507
	Asociación lineal por lineal	1,223	1	,269
	N de casos válidos	790		
FEMININO	Chi-cuadrado de Pearson	4,135(b)	3	,247
	Razón de verosimilitudes	4,513	3	,211
	Asociación lineal por lineal	1,888	1	,169
	N de casos válidos	833		

a 5 casillas (62,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,92.

b 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,44.

Medidas simétricas

A.1.SEXO			Valor	Sig. aproximada
MASCULINO	Nominal por nominal	Phi	,057	,467
		V de Cramer	,057	,467
	N de casos válidos		790	
FEMININO	Nominal por nominal	Phi	,070	,247
		V de Cramer	,070	,247
	N de casos válidos		833	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Anexo III: Estadísticos estudio 2

A.19.QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD? * A.22.1.TEÑO BOAS CALIDADES ATLÉTICAS

Tabla de contingencia

A.1.SEXO					A.22.1.TEÑO BOAS CALIDADES ATLÉTICAS					Total
					NADA	POCO	MEDIO	BASTANTE	MUCHO	
MASCULINO	A.19.QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD?	Salud buena	no	Recuento	19	52	85	56	30	242
				Frecuencia esperada	8,9	25,3	63,2	68,1	76,5	242,0
				Residuo	10,1	26,7	21,8	-12,1	-46,5	
				Residuos tipificados	3,4	5,3	2,7	-1,5	-5,3	
				Recuento	10	30	120	165	218	543
		Salud buena		Frecuencia esperada	20,1	56,7	141,8	152,9	171,5	543,0
				Residuo	-10,1	-26,7	-21,8	12,1	46,5	
				Residuos tipificados	-2,2	-3,5	-1,8	1,0	3,5	
				Recuento	29	82	205	221	248	785
				Frecuencia esperada	29,0	82,0	205,0	221,0	248,0	785,0
FEMININO	A.19.QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD?	Salud buena	no	Recuento	69	84	140	47	19	359
				Frecuencia esperada	37,8	61,2	128,1	76,0	56,0	359,0
				Residuo	31,2	22,8	11,9	-29,0	-37,0	
				Residuos tipificados	5,1	2,9	1,1	-3,3	-4,9	
		Salud buena		Recuento	18	57	155	128	110	468
				Frecuencia esperada	49,2	79,8	166,9	99,0	73,0	468,0
				Residuo	-31,2	-22,8	-11,9	29,0	37,0	
				Residuos tipificados	-4,5	-2,6	-,9	2,9	4,3	
				Recuento	87	141	295	175	129	827
				Frecuencia esperada	87,0	141,0	295,0	175,0	129,0	827,0

Pruebas de chi-cuadrado

A.1.SEXO		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
MASCULINO	Chi-cuadrado de Pearson	111,999(a)	4	,000
	Razón de verosimilitudes	113,432	4	,000
	Asociación lineal por lineal	109,469	1	,000
	N de casos válidos	785		
FEMININO	Chi-cuadrado de Pearson	125,325(b)	4	,000
	Razón de verosimilitudes	133,412	4	,000
	Asociación lineal por lineal	123,838	1	,000
	N de casos válidos	827		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 8,94.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 37,77.

Medidas simétricas

A.1.SEXO			Valor	Sig. aproximada
MASCULINO	Nominal por nominal	Phi	,378	,000
		V de Cramer	,378	,000
		N de casos válidos	785	
FEMININO	Nominal por nominal	Phi	,389	,000
		V de Cramer	,389	,000
		N de casos válidos	827	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

A.19.QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD? * A.22.2.SON LEIXERA E ELEGANTE

Tabla de contingencia

A.1.SEXO						A.22.2.SON LEIXERA E ELEGANTE					Total
						NADA	POCO	MEDIO	BASTANTE	MUCHO	
MASCULINO	A.19.QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD?	Salud buena	no	Recuento		6	42	98	62	29	237
				Frecuencia esperada		4,0	21,4	78,9	82,3	50,5	237,0
				Residuo		2,0	20,6	19,1	-20,3	-21,5	
		Salud buena		Residuos tipificados		1,0	4,5	2,2	-2,2	-3,0	
				Recuento		7	28	160	207	136	538
				Frecuencia esperada		9,0	48,6	179,1	186,7	114,5	538,0
				Residuo		-2,0	-20,6	-19,1	20,3	21,5	
		Total		Residuos tipificados		-,7	-3,0	-1,4	1,5	2,0	
				Recuento		13	70	258	269	165	775
				Frecuencia esperada		13,0	70,0	258,0	269,0	165,0	775,0
FEMININO	A.19.QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD?	Salud buena	no	Recuento		33	68	141	76	41	359
				Frecuencia esperada		17,8	50,7	132,7	104,9	359,0	
				Residuo		15,2	17,3	8,3	-28,9	-11,9	
		Salud buena		Residuos tipificados		3,6	2,4	,7	-2,8	-1,6	
				Recuento		8	49	165	166	81	469
				Frecuencia esperada		23,2	66,3	173,3	137,1	69,1	469,0
				Residuo		-15,2	-17,3	-8,3	28,9	11,9	
		Total		Residuos tipificados		-3,2	-2,1	-,6	2,5	1,4	
				Recuento		41	117	306	242	122	828
				Frecuencia esperada		41,0	117,0	306,0	242,0	122,0	828,0

Pruebas de chi-cuadrado

A.1.SEXO		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
MASCULINO	Chi-cuadrado de Pearson	57,021(a)	4	,000
	Razón de verosimilitudes	55,696	4	,000
	Asociación lineal por lineal	50,078	1	,000
	N de casos válidos	775		
FEMININO	Chi-cuadrado de Pearson	53,122(b)	4	,000
	Razón de verosimilitudes	54,342	4	,000
	Asociación lineal por lineal	45,007	1	,000
	N de casos válidos	828		

a 1 casillas (10,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,98.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 17,78.

Medidas simétricas

A.1.SEXO			Valor	Sig. aproximada
MASCULINO	Nominal por nominal	Phi	,271	,000
		V de Cramer	,271	,000
	N de casos válidos		775	
FEMININO	Nominal por nominal	Phi	,253	,000
		V de Cramer	,253	,000
	N de casos válidos		828	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

A.19.QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD? * A.22.3.SON AXIL

Tabla de contingencia

A.1.SEXO					A.22.3.SON AXIL					Total
					NADA	POCO	MEDIO	BASTANTE	MUCHO	
MASCULINO	A.19.QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD?	Salud buena	no	Recuento	10	36	68	87	42	243
				Frecuencia esperada	5,9	18,6	56,0	87,3	75,2	243,0
				Residuo	4,1	17,4	12,0	-,3	-33,2	
				Residuos tipificados	1,7	4,0	1,6	,0	-3,8	
				Recuento	9	24	113	195	201	542
		Salud buena		Frecuencia esperada	13,1	41,4	125,0	194,7	167,8	542,0
				Residuo	-4,1	-17,4	-12,0	,3	33,2	
				Residuos tipificados	-1,1	-2,7	-1,1	,0	2,6	
				Recuento	19	60	181	282	243	785
				Frecuencia esperada	19,0	60,0	181,0	282,0	243,0	785,0
FEMININO	A.19.QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD?	Salud buena	no	Recuento	27	59	148	89	41	364
				Frecuencia esperada	15,7	41,8	123,4	75,0	364,0	
				Residuo	11,3	17,2	24,6	-19,1	-34,0	
				Residuos tipificados	2,9	2,7	2,2	-1,8	-3,9	
				Recuento	9	37	135	159	131	471
		Salud buena		Frecuencia esperada	20,3	54,2	159,6	139,9	97,0	471,0
				Residuo	-11,3	-17,2	-24,6	19,1	34,0	
				Residuos tipificados	-2,5	-2,3	-1,9	1,6	3,4	

Total	Recuento	36	96	283	248	172	835
	Frecuencia esperada	36,0	96,0	283,0	248,0	172,0	835,0

Pruebas de chi-cuadrado

A.1.SEXO		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
MASCULINO	Chi-cuadrado de Pearson	52,815(a)	4	,000
	Razón de verosimilitudes	52,533	4	,000
	Asociación lineal por lineal	48,764	1	,000
	N de casos válidos	785		
FEMININO	Chi-cuadrado de Pearson	68,910(b)	4	,000
	Razón de verosimilitudes	70,902	4	,000
	Asociación lineal por lineal	68,016	1	,000
	N de casos válidos	835		

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,88.

b. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 15,69.

Medidas simétricas

A.1.SEXO			Valor	Sig. aproximada
MASCULINO	Nominal por nominal	Phi	,259	,000
		V de Cramer	,259	,000
	N de casos válidos		785	
FEMININO	Nominal por nominal	Phi	,287	,000
		V de Cramer	,287	,000
	N de casos válidos		835	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

A.19.QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD? * A.22.4.ESTOU EN FORMA

Tabla de contingencia

A.1.SEXO					A.22.4.ESTOU EN FORMA					Total
					NADA	POCO	MEDIO	BASTANTE	MUCHO	
MASCULINO	A.19.QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD?	Salud buena	no	Recuento	18	46	91	57	28	240
				Frecuencia esperada	8,0	22,4	59,0	75,3	75,3	240,0
				Residuo	10,0	23,6	32,0	-18,3	-47,3	
				Residuos tipificados	3,5	5,0	4,2	-2,1	-5,4	
				Recuento	8	27	101	188	217	541
		Salud buena		Frecuencia esperada	18,0	50,6	133,0	169,7	169,7	541,0
				Residuo	-10,0	-23,6	-32,0	18,3	47,3	
				Residuos tipificados	-2,4	-3,3	-2,8	1,4	3,6	
				Recuento	26	73	192	245	245	781
				Frecuencia esperada	26,0	73,0	192,0	245,0	245,0	781,0
FEMININO	A.19.QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD?	Salud buena	no	Recuento	43	92	151	58	21	365
				Frecuencia esperada	21,4	68,7	120,8	91,9	62,1	365,0
				Residuo	21,6	23,3	30,2	-33,9	-41,1	
				Residuos tipificados	4,7	2,8	2,7	-3,5	-5,2	
		Salud buena		Recuento	6	65	125	152	121	469

Total	Frecuencia esperada	27,6	88,3	155,2	118,1	79,9	469,0
	Residuo	-21,6	-23,3	-30,2	33,9	41,1	
	Residuos tipificados	-4,1	-2,5	-2,4	3,1	4,6	
	Recuento	49	157	276	210	142	834
	Frecuencia esperada	49,0	157,0	276,0	210,0	142,0	834,0

Pruebas de chi-cuadrado

A.1.SEXO		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
MASCULINO	Chi-cuadrado de Pearson	128,192(a)	4	,000
	Razón de verosimilitudes	129,747	4	,000
	Asociación lineal por lineal	124,078	1	,000
	N de casos válidos	781		
FEMININO	Chi-cuadrado de Pearson	136,687(b)	4	,000
	Razón de verosimilitudes	147,069	4	,000
	Asociación lineal por lineal	127,352	1	,000
	N de casos válidos	834		

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 7,99.

b. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 21,44.

Medidas simétricas

A.1.SEXO			Valor	Sig. aproximada
MASCULINO	Nominal por nominal	Phi	,405	,000
		V de Cramer	,405	,000
	N de casos válidos	781		
FEMININO	Nominal por nominal	Phi	,405	,000
		V de Cramer	,405	,000
	N de casos válidos	834		

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

A.19.¿QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD? * A.22.5.SON RÁ• PIDA

Tabla de contingencia

A.1.SEXO						A.22.5.SON RÁ• PIDA					Total
						NADA	POCO	MEDIO	BASTANTE	MUCHO	
MASCULINO	A.19.¿QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD?	Salud buena	no	Recuento		14	40	74	79	32	239
				Frecuencia esperada		7,6	19,5	55,9	76,9	79,1	239,0
				Residuo		6,4	20,5	18,1	2,1	-47,1	
				Residuos tipificados		2,3	4,6	2,4	,2	-5,3	
				Recuento		11	24	109	173	227	544
		Salud buena		Frecuencia esperada		17,4	44,5	127,1	175,1	179,9	544,0
				Residuo		-6,4	-20,5	-18,1	-2,1	47,1	
				Residuos tipificados		-1,5	-3,1	-1,6	-,2	3,5	
				Recuento		25	64	183	252	259	783
				Frecuencia esperada		25,0	64,0	183,0	252,0	259,0	783,0
FEMININO	A.19.¿QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD?	Salud buena	no	Recuento		31	85	122	93	32	363
				Frecuencia esperada		17,8	58,7	115,6	103,9	66,9	
				Residuo		13,2	26,3	7,4	-10,6	-34,9	
				Residuos tipificados		3,4	4,4	1,9	-2,7	-8,8	

	Salud buena	Residuo	13,2	26,3	6,4	-10,9	-34,9	
		Residuos tipificados	3,1	3,4	,6	-1,1	-4,3	
		Recuento	10	50	144	146	122	472
		Frecuencia esperada	23,2	76,3	150,4	135,1	87,1	472,0
		Residuo	-13,2	-26,3	-6,4	10,9	34,9	
		Residuos tipificados	-2,7	-3,0	-,5	,9	3,7	
Total		Recuento	41	135	266	239	154	835
		Frecuencia esperada	41,0	135,0	266,0	239,0	154,0	835,0

Pruebas de chi-cuadrado

A.1.SEXO		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
MASCULINO	Chi-cuadrado de Pearson	87,385(a)	4	,000
	Razón de verosimilitudes	90,403	4	,000
	Asociación lineal por lineal	81,851	1	,000
	N de casos válidos	783		
FEMININO	Chi-cuadrado de Pearson	73,016(b)	4	,000
	Razón de verosimilitudes	75,962	4	,000
	Asociación lineal por lineal	70,728	1	,000
	N de casos válidos	835		

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 7,63.

b. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 17,82.

Medidas simétricas

A.1.SEXO			Valor	Sig. aproximada
MASCULINO	Nominal por nominal	Phi	,334	,000
		V de Cramer	,334	,000
	N de casos válidos		783	
FEMININO	Nominal por nominal	Phi	,296	,000
		V de Cramer	,296	,000
	N de casos válidos		835	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

A.19.QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD? * A.22.6.SON FORTE

Tabla de contingencia

A.1.SEXO						A.22.6.SON FORTE					Total
						NADA	POCO	MEDIO	BASTANTE	MUCHO	
MASCULINO	A.19.QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD?	Salud buena	no	Recuento		8	31	76	71	53	239
				Frecuencia esperada		5,8	21,7	63,3	81,9	66,3	239,0
				Residuo		2,2	9,3	12,7	-10,9	-13,3	
		Salud buena		Residuos tipificados		,9	2,0	1,6	-1,2	-1,6	
				Recuento		11	40	131	197	164	543
				Frecuencia esperada		13,2	49,3	143,7	186,1	150,7	543,0
Total				Residuo		-2,2	-9,3	-12,7	10,9	13,3	
				Residuos tipificados		-,6	-1,3	-1,1	,8	1,1	
				Recuento		19	71	207	268	217	782

FEMININO	A.19.QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD?	Salud no buena	Frecuencia esperada	19,0	71,0	207,0	268,0	217,0	782,0
			Recuento	31	83	113	91	43	361
			Frecuencia esperada	22,6	63,9	119,2	103,5	51,8	361,0
			Residuo	8,4	19,1	-6,2	-12,5	-8,8	
			Residuos tipificados	1,8	2,4	-,6	-1,2	-1,2	
			Recuento	21	64	161	147	76	469
			Frecuencia esperada	29,4	83,1	154,8	134,5	67,2	469,0
			Residuo	-8,4	-19,1	6,2	12,5	8,8	
			Residuos tipificados	-1,5	-2,1	,5	1,1	1,1	
			Recuento	52	147	274	238	119	830
Total		Frecuencia esperada	52,0	147,0	274,0	238,0	119,0	830,0	
		Recuento							

Pruebas de chi-cuadrado

A.1.SEXO		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
MASCULINO	Chi-cuadrado de Pearson	16,571(a)	4	,002
	Razón de verosimilitudes	16,257	4	,003
	Asociación lineal por lineal	14,825	1	,000
	N de casos válidos	782		
FEMININO	Chi-cuadrado de Pearson	21,425(b)	4	,000
	Razón de verosimilitudes	21,330	4	,000
	Asociación lineal por lineal	17,488	1	,000
	N de casos válidos	830		

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,81.

b. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 22,62.

Medidas simétricas

A.1.SEXO			Valor	Sig. aproximada
MASCULINO	Nominal por nominal	Phi	,146	,002
		V de Cramer	,146	,002
	N de casos válidos		782	
FEMININO	Nominal por nominal	Phi	,161	,000
		V de Cramer	,161	,000
	N de casos válidos		830	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

A.19. QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD? * A.22.7. SON VALENTE

Tabla de contingencia

A.1.SEXO					A.22.7. SON VALENTE					Total
					NADA	POCO	MEDIO	BASTANTE	MUCHO	
MASCULINO	A.19. QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD?	Salud no buena	no	Recuento	8	20	73	86	48	235
				Frecuencia esperada	3,3	15,4	65,4	78,1	72,7	235,0
				Residuo	4,7	4,6	7,6	7,9	-24,7	
				Residuos tipificados	2,6	1,2	,9	,9	-2,9	
				Recuento	3	31	143	172	192	541
				Frecuencia esperada	7,7	35,6	150,6	179,9	167,3	541,0

FEMININO	A.19.QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD?	Salud buena	no	Residuo	-4,7	-4,6	-7,6	-7,9	24,7	776
				Residuos tipificados	-1,7	-,8	-,6	-,6	1,9	
				Recuento	11	51	216	258	240	
				Frecuencia esperada	11,0	51,0	216,0	258,0	240,0	
				Recuento	18	64	117	100	63	
				Frecuencia esperada	12,2	42,7	118,6	106,9	81,6	
				Residuo	5,8	21,3	-1,6	-6,9	-18,6	
				Residuos tipificados	1,7	3,3	-,1	-,7	-2,1	
				Recuento	10	34	155	145	124	
				Frecuencia esperada	15,8	55,3	153,4	138,1	105,4	
Total		Salud buena		Residuo	-5,8	-21,3	1,6	6,9	18,6	830
				Residuos tipificados	-1,5	-2,9	,1	,6	1,8	
				Recuento	28	98	272	245	187	
				Frecuencia esperada	28,0	98,0	272,0	245,0	187,0	

Pruebas de chi-cuadrado

A.1.SEXO		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
MASCULINO	Chi-cuadrado de Pearson	25,734(a)	4	,000
	Razón de verosimilitudes	25,585	4	,000
	Asociación lineal por lineal	19,527	1	,000
	N de casos válidos	776		
FEMININO	Chi-cuadrado de Pearson	31,925(b)	4	,000
	Razón de verosimilitudes	31,982	4	,000
	Asociación lineal por lineal	25,422	1	,000
	N de casos válidos	830		

a. 1 casillas (10,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,33.

b. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 12,21.

Medidas simétricas

A.1.SEXO			Valor	Sig. aproximada
MASCULINO	Nominal por nominal	Phi	,182	,000
		V de Cramer	,182	,000
	N de casos válidos		776	
FEMININO	Nominal por nominal	Phi	,196	,000
		V de Cramer	,196	,000
	N de casos válidos		830	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

A.19.QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD? * A.22.8.ESTOU MOI DELGADO

Tabla de contingencia

A.1.SEXO					A.22.8.ESTOU MOI DELGADO					Total
MASCULINO	A.19.QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD?	Salud buena	no	Recuento	NADA	POCO	MEDIO	BASTANTE	MUCHO	
				Frecuencia esperada	7,3	29,6	99,8	69,0	32,3	238,0
				Residuo	9,7	19,4	8,2	-31,0	-6,3	

FEMININO	A.19.QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD?	Salud buena	Residuos tipificados	3,6	3,6	,8	-3,7	-1,1		
			Recuento	7	48	219	188	80	542	
			Frecuencia esperada	16,7	67,4	227,2	157,0	73,7	542,0	
			Residuo	-9,7	-19,4	-8,2	31,0	6,3		
		Total	Residuos tipificados	-2,4	-2,4	-,5	2,5	,7		
			Recuento	24	97	327	226	106	780	
			Frecuencia esperada	24,0	97,0	327,0	226,0	106,0	780,0	
			Recuento	36	80	145	66	33	360	
		Salud no buena	Frecuencia esperada	20,0	60,1	154,1	83,6	42,2	360,0	
			Residuo	16,0	19,9	-9,1	-17,6	-9,2		
			Residuos tipificados	3,6	2,6	-,7	-1,9	-1,4		
			Recuento	10	58	209	126	64	467	
		Total	Frecuencia esperada	26,0	77,9	199,9	108,4	54,8	467,0	
			Residuo	-16,0	-19,9	9,1	17,6	9,2		
			Residuos tipificados	-3,1	-2,3	,6	1,7	1,2		
			Recuento	46	138	354	192	97	827	
	Frecuencia esperada	46,0	138,0	354,0	192,0	97,0	827,0			

Pruebas de chi-cuadrado

A.1.SEXO		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
MASCULINO	Chi-cuadrado de Pearson	59,475(a)	4	,000
	Razón de verosimilitudes	58,487	4	,000
	Asociación lineal por lineal	43,639	1	,000
	N de casos válidos	780		
FEMININO	Chi-cuadrado de Pearson	45,346(b)	4	,000
	Razón de verosimilitudes	46,024	4	,000
	Asociación lineal por lineal	35,985	1	,000
	N de casos válidos	827		

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 7,32.

b. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 20,02.

Medidas simétricas

A.1.SEXO			Valor	Sig. aproximada
MASCULINO	Nominal por nominal	Phi	,276	,000
		V de Cramer	,276	,000
	N de casos válidos		780	
FEMININO	Nominal por nominal	Phi	,234	,000
		V de Cramer	,234	,000
	N de casos válidos		827	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

A.19. QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD? * A.22.9. ESTOU SATISFEITO COA MIÑA APARENCIA

Tabla de contingencia

A.1.SEXO	A.22.9. ESTOU SATISFEITO COA MIÑA APARENCIA	Total
----------	---	-------

					NADA	POCO	MEDIO	BASTANTE	MUCHO	
MASCULINO	A.19. QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD?	Salud buena	no	Recuento	23	40	67	54	56	240
				Frecuencia esperada	11,6	20,5	41,2	60,2	106,6	240,0
				Residuo	11,4	19,5	25,8	-6,2	-50,6	
				Residuos tipificados	3,3	4,3	4,0	-,8	-4,9	
		Salud buena		Recuento	15	27	68	143	293	546
				Frecuencia esperada	26,4	46,5	93,8	136,8	242,4	546,0
				Residuo	-11,4	-19,5	-25,8	6,2	50,6	
				Residuos tipificados	-2,2	-2,9	-2,7	,5	3,2	
	Total			Recuento	38	67	135	197	349	786
				Frecuencia esperada	38,0	67,0	135,0	197,0	349,0	786,0
FEMININO	A.19. QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD?	Salud buena	no	Recuento	68	62	88	64	83	365
		Frecuencia esperada		39,3	45,0	75,1	83,4	122,2	365,0	
				Residuo	28,7	17,0	12,9	-19,4	-39,2	
				Residuos tipificados	4,6	2,5	1,5	-2,1	-3,5	
		Salud buena		Recuento	22	41	84	127	197	471
				Frecuencia esperada	50,7	58,0	96,9	107,6	157,8	471,0
				Residuo	-28,7	-17,0	-12,9	19,4	39,2	
				Residuos tipificados	-4,0	-2,2	-1,3	1,9	3,1	
	Total			Recuento	90	103	172	191	280	836
				Frecuencia esperada	90,0	103,0	172,0	191,0	280,0	836,0

Pruebas de chi-cuadrado

A.1.SEXO		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
MASCULINO	Chi-cuadrado de Pearson	101,640(a)	4	,000
	Razón de verosimilitudes	100,003	4	,000
	Asociación lineal por lineal	96,477	1	,000
	N de casos válidos	786		
FEMININO	Chi-cuadrado de Pearson	82,974(b)	4	,000
	Razón de verosimilitudes	84,552	4	,000
	Asociación lineal por lineal	79,753	1	,000
	N de casos válidos	836		

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 11,60.

b. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 39,29.

Medidas simétricas

A.1.SEXO			Valor	Sig. aproximada
MASCULINO	Nominal por nominal	Phi	,360	,000
		V de Cramer	,360	,000
	N de casos válidos		786	
FEMININO	Nominal por nominal	Phi	,315	,000
		V de Cramer	,315	,000
	N de casos válidos		836	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Anexo IV: Estadísticos estudio 3

A.19.QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD? * A.32.QUE OPINAS SOBRE LAS CLASES DE EF?

Tabla de contingencia

A.1.SEXO					A.32.QUE OPINAS SOBRE LAS CLASES DE EF?					Total
					NON ME GUSTA NADA	NON ME GUSTA MOITO	SONME INDIFERENTE	GÚSTAME BASTANTE	GÚSTAME MOITO	
MASCULINO	A.19.QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD?	Salud buena	no	Recuento	13	14	38	84	88	237
				Frecuencia esperada	6,7	11,3	26,2	83,7	109,2	237,0
				Residuo	6,3	2,7	11,8	,3	-21,2	
				Residuos tipificados	2,4	,8	2,3	,0	-2,0	
				Recuento	9	23	48	191	271	542
		Salud buena		Frecuencia esperada	15,3	25,7	59,8	191,3	249,8	542,0
				Residuo	-6,3	-2,7	-11,8	-,3	21,2	
				Residuos tipificados	-1,6	-,5	-1,5	,0	1,3	
				Recuento	22	37	86	275	359	779
				Frecuencia esperada	22,0	37,0	86,0	275,0	359,0	779,0
FEMININO	A.19.QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD?	Salud buena	no	Recuento	13	29	70	158	100	370
				Frecuencia esperada	10,6	20,3	55,2	128,5	370,0	
				Residuo	2,4	8,7	14,8	2,6	-28,5	
				Residuos tipificados	,7	1,9	2,0	,2	-2,5	
				Recuento	11	17	55	194	191	468
		Salud buena		Frecuencia esperada	13,4	25,7	69,8	196,6	162,5	468,0
				Residuo	-2,4	-8,7	-14,8	-2,6	28,5	
				Residuos tipificados	-,7	-1,7	-1,8	-,2	2,2	
				Recuento	24	46	125	352	291	838
				Frecuencia esperada	24,0	46,0	125,0	352,0	291,0	838,0

Pruebas de chi-cuadrado

A.1.SEXO		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
MASCULINO	Chi-cuadrado de Pearson	23,125(a)	4	,000
	Razón de verosimilitudes	22,004	4	,000
	Asociación lineal por lineal	20,278	1	,000
	N de casos válidos	779		
FEMININO	Chi-cuadrado de Pearson	26,133(b)	4	,000
	Razón de verosimilitudes	26,280	4	,000
	Asociación lineal por lineal	22,875	1	,000
	N de casos válidos	838		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 6,69.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 10,60.

Medidas simétricas

A.1.SEXO			Valor	Sig. aproximada
MASCULINO	Nominal por nominal	Phi	,172	,000
		V de Cramer	,172	,000
		N de casos válidos	779	
FEMININO	Nominal por nominal	Phi	,177	,000
		V de Cramer	,177	,000
		N de casos válidos	838	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

A.19.QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD? * A.33.PARA QUE CREES QUE SERVE A EF?

Tabla de contingencia

A.1.SEXO				A.33.PARA QUE CREES QUE SERVE A EF?						Total
				PARA LIBERAR ENERXÁ • AS	PARA PROMOVER APRENDIZAXE O PERFECCIONAMENTO DAS T.D.	PARA QUE APREND A A TER UNHA BOA CONDUCTA MORAL	PARA PROMOVER ESTILOS DE VIDA ACTIVOS E SAUDABLES	PARA PROPORCIONAR MOMENTOS DE RELAXACIÓN E DIVERTIMENTO	PARA MELLORAR A CONDICIÓN FÍSICA	
MASCULINO	A.19. QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD?	Salud no buena	Recuento	18	35	7	43	12	44	159
			Frecuencia esperada	20,9	34,5	5,6	44,8	10,6	42,5	159,0
			Residuo	-2,9	,5	1,4	-1,8	1,4	1,5	
			Residuos tipificados	-,6	,1	,6	-,3	,4	,2	
		Salud buena	Recuento	53	82	12	109	24	100	380
			Frecuencia esperada	50,1	82,5	13,4	107,2	25,4	101,5	380,0
			Residuo	2,9	-,5	-1,4	1,8	-1,4	-1,5	
			Residuos tipificados	,4	-,1	-,4	,2	-,3	-,2	
		Total	Recuento	71	117	19	152	36	144	539
			Frecuencia esperada	71,0	117,0	19,0	152,0	36,0	144,0	539,0
FEMININO	A.19. QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD?	Salud no buena	Recuento	36	48	10	91	23	48	256
			Frecuencia esperada	31,1	49,2	7,8	91,5	19,9	56,6	256,0
			Residuo	4,9	-1,2	2,2	-,5	3,1	-8,6	
			Residuos tipificados	,9	-,2	,8	-,1	,7	-1,1	
		Salud buena	Recuento	36	66	8	121	23	83	337
			Frecuencia esperada	40,9	64,8	10,2	120,5	26,1	74,4	337,0
			Residuo	-4,9	1,2	-2,2	,5	-3,1	8,6	
			Residuos	-,8	,2	-,7	,0	-,6	1,0	
		Total	Recuento	71	117	19	152	36	144	539
			Frecuencia esperada	71,0	117,0	19,0	152,0	36,0	144,0	539,0

Total	tipificados Recuento	72	114	18	212	46	131	593
	Frecuencia esperada	72,0	114,0	18,0	212,0	46,0	131,0	593,0

Pruebas de chi-cuadrado

A.1.SEXO		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
MASCULINO	Chi-cuadrado de Pearson	1,528(a)	5	,910
	Razón de verosimilitudes	1,520	5	,911
	Asociación lineal por lineal	,335	1	,563
	N de casos válidos	539		
FEMININO	Chi-cuadrado de Pearson	5,703(b)	5	,336
	Razón de verosimilitudes	5,703	5	,336
	Asociación lineal por lineal	2,003	1	,157
	N de casos válidos	593		

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,60.

b. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 7,77.

Medidas simétricas

A.1.SEXO			Valor	Sig. aproximada
MASCULINO	Nominal por nominal	Phi	,053	,910
		V de Cramer	,053	,910
	N de casos válidos		539	
FEMININO	Nominal por nominal	Phi	,098	,336
		V de Cramer	,098	,336
	N de casos válidos		593	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

A.19.QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD? * A.34.1.CONSIDERO IMPORTANTE PRACTICAR XOGOS CON PELOTA DE FORMA TECNICAMENTE CORRECTA

Tabla de contingencia

					A.34.1.CONSIDERO IMPORTANTE PRACTICAR XOGOS CON PELOTA DE FORMA TECNICAMENTE CORRECTA		
A.1.SEXO					SI	NON	Total
MASCULINO	A.19.QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD?	Salud buena	no	Recuento	190	36	226
				Frecuencia esperada	197,0	29,0	226,0
				Residuo	-7,0	7,0	
		Salud buena		Residuos tipificados	-,5	1,3	
				Recuento	469	61	530
				Frecuencia esperada	462,0	68,0	530,0
				Residuo	7,0	-7,0	

FEMININO	Total		Residuos tipificados	,3	-,8	
			Recuento	659	97	756
			Frecuencia esperada	659,0	97,0	756,0
	A.19. QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD?	Salud buena	Recuento	283	78	361
		no	Frecuencia esperada	284,5	76,5	361,0
			Residuo	-1,5	1,5	
		Salud buena	Residuos tipificados	-,1	,2	
			Recuento	360	95	455
			Frecuencia esperada	358,5	96,5	455,0
			Residuo	1,5	-1,5	
Total			Residuos tipificados	,1	-,1	
			Recuento	643	173	816
			Frecuencia esperada	643,0	173,0	816,0

Pruebas de chi-cuadrado

A.1.SEXO		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
MASCULINO	Chi-cuadrado de Pearson	2,767(b)	1	,096	,098	,063
	Corrección por continuidad(a)	2,386	1	,122		
	Razón de verosimilitudes	2,674	1	,102		
	Estadístico exacto de Fisher					
	Asociación lineal por lineal	2,764	1	,096		
	N de casos válidos	756				
FEMININO	Chi-cuadrado de Pearson	,064(c)	1	,801	,863	,433
	Corrección por continuidad(a)	,028	1	,868		
	Razón de verosimilitudes	,064	1	,801		
	Estadístico exacto de Fisher					
	Asociación lineal por lineal	,064	1	,801		
	N de casos válidos	816				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 29,00.

c. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 76,54.

Medidas simétricas

A.1.SEXO			Valor	Sig. aproximada
MASCULINO	Nominal por nominal	Phi	-,061	,096
		V de Cramer	,061	,096
	N de casos válidos		756	
FEMININO	Nominal por nominal	Phi	-,009	,801
		V de Cramer	,009	,801
	N de casos válidos		816	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

A.19.QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD? * A.34.2.CONSIDERO IMPORTANTE XOGAR COS DISTINTOS COMPAÑEÍROS RESPETANDO A DIVERSIDADE

Tabla de contingencia

					A.34.2.CONSIDERO IMPORTANTE XOGAR COS DISTINTOS COMPAÑEÍROS RESPETANDO A DIVERSIDADE		
A.1.SEXO					SI	NON	Total
MASCULINO	A.19.QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD?	Salud buena	no	Recuento	183	41	224
				Frecuencia esperada	190,9	33,1	224,0
				Residuo	-7,9	7,9	
				Residuos tipificados	-,6	1,4	
			Salud buena	Recuento	452	69	521
				Frecuencia esperada	444,1	76,9	521,0
				Residuo	7,9	-7,9	
				Residuos tipificados	,4	-,9	
			Total	Recuento	635	110	745
				Frecuencia esperada	635,0	110,0	745,0
FEMININO	A.19.QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD?	Salud buena	no	Recuento	301	54	355
				Frecuencia esperada	307,5	355,0	
				Residuo	-6,5	6,5	
				Residuos tipificados	-,4	1,0	
			Salud buena	Recuento	399	54	453
				Frecuencia esperada	392,5	60,5	453,0
				Residuo	6,5	-6,5	
				Residuos tipificados	,3	-,8	
			Total	Recuento	700	108	808
				Frecuencia esperada	700,0	108,0	808,0

Pruebas de chi-cuadrado

A.1.SEXO		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
MASCULINO	Chi-cuadrado de Pearson	3,187(b)	1	,074	,091	,049
	Corrección por continuidad(a)	2,797	1	,094		
	Razón de verosimilitudes	3,084	1	,079		
	Estadístico exacto de Fisher					
	Asociación lineal por lineal	3,182	1	,074		
	N de casos válidos	745				
FEMININO	Chi-cuadrado de Pearson	1,861(c)	1	,172		
	Corrección por continuidad(a)	1,588	1	,208		
	Razón de verosimilitudes	1,850	1	,174		

Estadístico exacto de Fisher				,177	,104
Asociación lineal por lineal	1,859	1	,173		
N de casos válidos	808				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 33,07.

c 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 47,45.

Medidas simétricas

A.1.SEXO			Valor	Sig. aproximada
MASCULINO	Nominal por nominal	Phi	-,065	,074
		V de Cramer	,065	,074
		N de casos válidos	745	
FEMININO	Nominal por nominal	Phi	-,048	,172
		V de Cramer	,048	,172
		N de casos válidos	808	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

A.19.¿QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD? * A.34.3.CONSIDERO IMPORTANTE ORGANIZAR O NOSO PROPIO ADESTRAMENTO

Tabla de contingencia

						A.34.3.CONSIDERO ORGANIZAR O ADESTRAMENTO		IMPORTANTE NOSO PROPIO	
A.1.SEXO						SI	NON	Total	
MASCULINO	A.19.¿QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD?	Salud buena	no	Recuento		137	85	222	
				Frecuencia esperada		144,4	77,6	222,0	
				Residuo		-7,4	7,4		
				Residuos tipificados		-,6	,8		
				Recuento		347	175	522	
		Salud buena		Frecuencia esperada		339,6	182,4	522,0	
				Residuo		7,4	-7,4		
				Residuos tipificados		,4	-,5		
				Recuento		484	260	744	
				Frecuencia esperada		484,0	260,0	744,0	
FEMININO	A.19.¿QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD?	Salud buena	no	Recuento		204	148	352	
				Frecuencia esperada	213,1	138,9	352,0		
				Residuo		-9,1	9,1		
				Residuos tipificados		-,6	,8		
		Salud buena		Recuento		281	168	449	
				Frecuencia esperada		271,9	177,1	449,0	
				Residuo		9,1	-9,1		
				Residuos tipificados		,6	-,7		
				Recuento		485	316	801	
				Frecuencia esperada		485,0	316,0	801,0	

Pruebas de chi-cuadrado

A.1.SEXO		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
MASCULINO	Chi-cuadrado de Pearson	1,555(b)	1	,212	,239	,123
	Corrección por continuidad(a)	1,352	1	,245		
	Razón de verosimilitudes	1,543	1	,214		
	Estadístico exacto de Fisher					
	Asociación lineal por lineal	1,552	1	,213		
	N de casos válidos	744				
FEMININO	Chi-cuadrado de Pearson	1,770(c)	1	,183	,190	,104
	Corrección por continuidad(a)	1,581	1	,209		
	Razón de verosimilitudes	1,768	1	,184		
	Estadístico exacto de Fisher					
	Asociación lineal por lineal	1,768	1	,184		
	N de casos válidos	801				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 77,58.

c. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 138,87.

Medidas simétricas

A.1.SEXO			Valor	Sig. aproximada
MASCULINO	Nominal por nominal	Phi	,046	,212
		V de Cramer	,046	,212
	N de casos válidos		744	
FEMININO	Nominal por nominal	Phi	,047	,183
		V de Cramer	,047	,183
	N de casos válidos		801	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

A.19.QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD? * A.34.4.CONSIDERO IMPORTANTE PRACTICAR DEPORTES INDIVIDUAIS DE FORMA TECNICAMENTE CORRECTA

Tabla de contingencia

						A.34.4.CONSIDERO IMPORTANTE PRACTICAR DEPORTES INDIVIDUAIS DE FORMA TECNICAMENTE CORRECTA		Total
						SI	NON	
A.1.SEXO								
MASCULINO	A.19.QUÉ	PIENSAS	Salud	no	Recuento	161	58	219

FEMININO	DE TU ESTADO DE SALUD?	buena	Frecuencia esperada	171,2	47,8	219,0
			Residuo	-10,2	10,2	
			Residuos tipificados	-,8	1,5	
		Salud buena	Recuento	415	103	518
			Frecuencia esperada	404,8	113,2	518,0
			Residuo	10,2	-10,2	
			Residuos tipificados	,5	-1,0	
	A.19. QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD?	no	Recuento	576	161	737
			Frecuencia esperada	576,0	161,0	737,0
			Recuento	263	91	354
		Salud buena	Frecuencia esperada	270,0	84,0	354,0
			Residuo	-7,0	7,0	
			Residuos tipificados	-,4	,8	
		Salud buena	Recuento	348	99	447
			Frecuencia esperada	341,0	106,0	447,0
			Residuo	7,0	-7,0	
	Total		Residuos tipificados	,4	-,7	
			Recuento	611	190	801
			Frecuencia esperada	611,0	190,0	801,0

Pruebas de chi-cuadrado

A.1.SEXO		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
MASCULINO	Chi-cuadrado de Pearson	3,927(b)	1	,048	,051	,031
	Corrección por continuidad(a)	3,550	1	,060		
	Razón de verosimilitudes	3,827	1	,050		
	Estadístico exacto de Fisher					
	Asociación lineal por lineal	3,922	1	,048		
	N de casos válidos	737				
FEMININO	Chi-cuadrado de Pearson	1,383(c)	1	,240	,243	,137
	Corrección por continuidad(a)	1,193	1	,275		
	Razón de verosimilitudes	1,378	1	,240		
	Estadístico exacto de Fisher					
	Asociación lineal por lineal	1,381	1	,240		
	N de casos válidos	801				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 47,84.

c. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 83,97.

Medidas simétricas

A.1.SEXO			Valor	Sig. aproximada
MASCULINO	Nominal por nominal	Phi	-,073	,048
		V de Cramer	,073	,048
		N de casos válidos	737	
FEMININO	Nominal por nominal	Phi	-,042	,240
		V de Cramer	,042	,240
		N de casos válidos	801	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

A.19.QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD? * A.34.5.CONSIDERO IMPORTANTE SENTIRME BEN CO MEU CORPO

Tabla de contingencia

A.1.SEXO				A.34.5.CONSIDERO IMPORTANTE SENTIRME BEN CO MEU CORPO		Total
				SI	NON	
MASCULINO	A.19.QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD?	Salud no buena	Recuento	186	39	225
			Frecuencia esperada	197,8	27,2	225,0
			Residuo	-11,8	11,8	
		Salud buena	Residuos tipificados	-,8	2,3	
			Recuento	469	51	520
			Frecuencia esperada	457,2	62,8	520,0
			Residuo	11,8	-11,8	
		Total	Residuos tipificados	,6	-1,5	
			Recuento	655	90	745
			Frecuencia esperada	655,0	90,0	745,0
FEMININO	A.19.QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD?	Salud no buena	Recuento	314	41	355
			Frecuencia esperada	317,0	355,0	
			Residuo	-3,0	3,0	
		Salud buena	Residuos tipificados	-,2	,5	
			Recuento	403	45	448
			Frecuencia esperada	400,0	48,0	448,0
			Residuo	3,0	-3,0	
		Total	Residuos tipificados	,1	-,4	
			Recuento	717	86	803
			Frecuencia esperada	717,0	86,0	803,0

Pruebas de chi-cuadrado

A.1.SEXO		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
MASCULINO	Chi-cuadrado de Pearson	8,374(b)	1	,004		
	Corrección por continuidad(a)	7,681	1	,006		
	Razón de verosimilitudes	7,925	1	,005		

FEMININO	Estadístico exacto de Fisher				,005	,003
	Asociación lineal por lineal	8,363	1	,004		
	N de casos válidos	745				
	Chi-cuadrado de Pearson	,469(c)	1	,493		
	Corrección por continuidad(a)	,325	1	,569		
	Razón de verosimilitudes	,467	1	,494		
	Estadístico exacto de Fisher				,493	,284
	Asociación lineal por lineal	,468	1	,494		
	N de casos válidos	803				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 27,18.

c. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 38,02.

Medidas simétricas

A.1.SEXO			Valor	Sig. aproximada
MASCULINO	Nominal por nominal	Phi	~,106	,004
		V de Cramer	,106	,004
		N de casos válidos	745	
FEMININO	Nominal por nominal	Phi	~,024	,493
		V de Cramer	,024	,493
		N de casos válidos	803	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

A.19.QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD? * A.34.6.CONSIDERO IMPORTANTE EXERCITAR O CORPO

Tabla de contingencia

					A.34.6.CONSIDERO IMPORTANTE EXERCITAR O CORPO		Total
A.1.SEXO					SI	NON	
MASCULINO	A.19.QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD?	Salud no buena	Recuento		190	31	221
			Frecuencia esperada		193,4	27,6	221,0
			Residuo		-3,4	3,4	
		Salud buena	Residuos tipificados		-,2	,6	
			Recuento		461	62	523
			Frecuencia esperada		457,6	65,4	523,0
			Residuo		3,4	-3,4	
		Total	Residuos tipificados		,2	-,4	
			Recuento		651	93	744
FEMININO	A.19.QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD?	Salud no buena	Frecuencia esperada		651,0	93,0	744,0
			Recuento		300	54	354
			Frecuencia esperada		311,5	354,0	
		Residuo			-11,5	11,5	
			Residuos tipificados		-,7	1,8	

	Salud buena	Recuento	404	42	446
		Frecuencia esperada	392,5	53,5	446,0
		Residuo	11,5	-11,5	
		Residuos tipificados	,6	-1,6	
Total		Recuento	704	96	800
		Frecuencia esperada	704,0	96,0	800,0

Pruebas de chi-cuadrado

A.1.SEXO		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
MASCULINO	Chi-cuadrado de Pearson	,670(b)	1	,413		
	Corrección por continuidad(a)	,486	1	,486		
	Razón de verosimilitudes	,658	1	,417		
	Estadístico exacto de Fisher					
	Asociación lineal por lineal	,669	1	,413		
	N de casos válidos	744				
FEMININO	Chi-cuadrado de Pearson	6,368(c)	1	,012		
	Corrección por continuidad(a)	5,827	1	,016		
	Razón de verosimilitudes	6,320	1	,012		
	Estadístico exacto de Fisher					
	Asociación lineal por lineal	6,360	1	,012		
	N de casos válidos	800				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 27,63.

c. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 42,48.

Medidas simétricas

A.1.SEXO			Valor	Sig. aproximada
MASCULINO	Nominal por nominal	Phi	-,030	,413
		V de Cramer	,030	,413
	N de casos válidos		744	
FEMININO	Nominal por nominal	Phi	-,089	,012
		V de Cramer	,089	,012
	N de casos válidos		800	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

A.19.¿QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD? * A.34.7.CONSIDERO IMPORTANTE RELACIONAR E EJERCICIO FÍSICO E A SALUDE

Tabla de contingencia

A.1.SEXO	A.34.7.CONSIDERO IMPORTANTE RELACIONAR E EJERCICIO FÍSICO E A SALUDE	Total
----------	--	-------

					SI	NON	
MASCULINO	A.19.QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD?	Salud buena	no	Recuento	192	30	222
				Frecuencia esperada	200,8	21,2	222,0
				Residuo	-8,8	8,8	
				Residuos tipificados	-,6	1,9	
		Salud buena		Recuento	480	41	521
				Frecuencia esperada	471,2	49,8	521,0
				Residuo	8,8	-8,8	
				Residuos tipificados	,4	-1,2	
	Total			Recuento	672	71	743
				Frecuencia esperada	672,0	71,0	743,0
FEMININO	A.19.QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD?	Salud buena	no	Recuento	317	38	355
		Frecuencia esperada		325,9	29,1	355,0	
				Residuo	-8,9	8,9	
				Residuos tipificados	-,5	1,6	
		Salud buena		Recuento	421	28	449
				Frecuencia esperada	412,1	36,9	449,0
				Residuo	8,9	-8,9	
				Residuos tipificados	,4	-1,5	
	Total			Recuento	738	66	804
				Frecuencia esperada	738,0	66,0	804,0

Pruebas de chi-cuadrado

A.1.SEXO		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
MASCULINO	Chi-cuadrado de Pearson	5,738(b)	1	,017	,020	,014
	Corrección por continuidad(a)	5,103	1	,024		
	Razón de verosimilitudes	5,424	1	,020		
	Estadístico exacto de Fisher					
	Asociación lineal por lineal	5,730	1	,017		
FEMININO	N de casos válidos	743			,027	,016
	Chi-cuadrado de Pearson	5,253(c)	1	,022		
	Corrección por continuidad(a)	4,676	1	,031		
	Razón de verosimilitudes	5,211	1	,022		
	Estadístico exacto de Fisher					
	Asociación lineal por lineal	5,246	1	,022		
	N de casos válidos	804				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 21,21.

c. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 29,14.

Medidas simétricas

A.1.SEXO			Valor	Sig. aproximada
MASCULINO	Nominal por nominal	Phi	-,088	,017
		V de Cramer	,088	,017
		N de casos válidos	743	
FEMININO	Nominal por nominal	Phi	-,081	,022
		V de Cramer	,081	,022
		N de casos válidos	804	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

A.19.QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD? * A.34.8.CONSIDERO IMPORTANTE DESEMPEÑAR DIFERENTES PAPEIS NAS ACTIVIDADES DEPORTIVAS

Tabla de contingencia

A.1.SEXO					A.34.8.CONSIDERO IMPORTANTE DESEMPEÑAR DIFERENTES PAPEIS NAS ACTIVIDADES DEPORTIVAS		Total
					SI	NON	
MASCULINO	A.19.QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD?	Salud buena	no	Recuento	104	113	217
				Frecuencia esperada	120,8	96,2	217,0
				Residuo	-16,8	16,8	
		Salud buena		Residuos tipificados	-1,5	1,7	
				Recuento	303	211	514
				Frecuencia esperada	286,2	227,8	514,0
				Residuo	16,8	-16,8	
		Total		Residuos tipificados	1,0	-1,1	
				Recuento	407	324	731
				Frecuencia esperada	407,0	324,0	731,0
FEMININO	A.19.QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD?	Salud buena	no	Recuento	169	184	353
				Frecuencia esperada	180,7	172,3	
				Residuo	-11,7	11,7	
		Salud buena		Residuos tipificados	-,9	,9	
				Recuento	238	204	442
				Frecuencia esperada	226,3	215,7	442,0
		Total		Residuo	11,7	-11,7	
				Residuos tipificados	,8	-,8	
				Recuento	407	388	795
				Frecuencia esperada	407,0	388,0	795,0

Pruebas de chi-cuadrado

A.1.SEXO		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
MASCULINO	Chi-cuadrado de Pearson	7,513(b)	1	,006		

FEMININO	Corrección por continuidad(a)	7,073	1	,008		
	Razón de verosimilitudes	7,485	1	,006		
	Estadístico exacto de Fisher					
	Asociación lineal por lineal	7,503	1	,006		
	N de casos válidos	731			,007	,004
	Chi-cuadrado de Pearson	2,800(c)	1	,094		
	Corrección por continuidad(a)	2,566	1	,109		
	Razón de verosimilitudes	2,801	1	,094		
	Estadístico exacto de Fisher				,101	,055
	Asociación lineal por lineal	2,797	1	,094		
	N de casos válidos	795				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 96,18.

c 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 172,28.

Medidas simétricas

A.1.SEXO				Valor	Sig. aproximada
MASCULINO	Nominal por nominal	Phi		-,101	,006
		V de Cramer		,101	,006
		N de casos válidos		731	
FEMININO	Nominal por nominal	Phi		-,059	,094
		V de Cramer		,059	,094
		N de casos válidos		795	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

A.19.¿QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD? * A.34.9.CONSIDERO IMPORTANTE ANALIZAR REPORTAIXES DEPORTIVOS

Tabla de contingencia

					A.34.9.CONSIDERO IMPORTANTE ANALIZAR REPORTAIXES DEPORTIVOS		
					SI	NON	
A.1.SEXO					SI	NON	Total
MASCULINO	A.19.QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD?	Salud buena	no	Recuento	87	132	219
				Frecuencia esperada	92,2	126,8	219,0
				Residuo	-5,2	5,2	
				Residuos tipificados	-,5	,5	
		Salud buena		Recuento	222	293	515
				Frecuencia esperada	216,8	298,2	515,0
				Residuo	5,2	-5,2	
				Residuos tipificados	,4	-,3	
	Total			Recuento	309	425	734
				Frecuencia	309,0	425,0	734,0

FEMININO	A.19.QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD?	esperada				
		Salud no	Recuento	111	239	350
		Frecuencia esperada	104,4	245,6	350,0	
		Residuo	6,6	-6,6		
		Residuos tipificados	,6	-,4		
		Salud buena	Recuento	125	316	441
		Frecuencia esperada	131,6	309,4	441,0	
		Residuo	-6,6	6,6		
Total		Residuos tipificados	-,6	,4		
		Recuento	236	555	791	
		Frecuencia esperada	236,0	555,0	791,0	

Pruebas de chi-cuadrado

A.1.SEXO		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
MASCULINO	Chi-cuadrado de Pearson	,720(b)	1	,396		
	Corrección por continuidad(a)	,588	1	,443		
	Razón de verosimilitudes	,723	1	,395		
	Estadístico exacto de Fisher				,415	,222
	Asociación lineal por lineal	,720	1	,396		
N de casos válidos		734				
FEMININO	Chi-cuadrado de Pearson	1,058(c)	1	,304		
	Corrección por continuidad(a)	,904	1	,342		
	Razón de verosimilitudes	1,056	1	,304		
	Estadístico exacto de Fisher				,310	,171
	Asociación lineal por lineal	1,057	1	,304		
N de casos válidos		791				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 92,19.

c. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 104,42.

Medidas simétricas

A.1.SEXO			Valor	Sig. aproximada
MASCULINO	Nominal por nominal	Phi	-,031	,396
		V de Cramer	,031	,396
	N de casos válidos		734	
FEMININO	Nominal por nominal	Phi	,037	,304
		V de Cramer	,037	,304
	N de casos válidos		791	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

A.19.QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD? * A.34.10.CONSIDERO IMPORTANTE COÑÓCER E EXPERIMENTAR CON OUTROS DEPORTES DIFERENTES AOS QUE PREFIRAMOS

Tabla de contingencia

					A.34.10. CONSIDERO IMPORTANTE COLABORAR E EXPERIMENTAR CON OTROS DEPORTES DIFERENTES AOS QUE PREFERAMOS		Total
A.1.SEXO					SI	NON	
MASCULINO	A.19. QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD?	Salud buena	no	Recuento	163	58	221
				Frecuencia esperada	177,3	43,7	221,0
				Residuo	-14,3	14,3	
				Residuos tipificados	-1,1	2,2	
		Salud buena		Recuento	430	88	518
				Frecuencia esperada	415,7	102,3	518,0
				Residuo	14,3	-14,3	
				Residuos tipificados	,7	-1,4	
	Total			Recuento	593	146	739
				Frecuencia esperada	593,0	146,0	739,0
FEMININO	A.19. QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD?	Salud buena	no	Recuento	271	83	354
		Frecuencia esperada		286,0	68,0	354,0	
				Residuo	-15,0	15,0	
				Residuos tipificados	-,9	1,8	
		Salud buena		Recuento	377	71	448
				Frecuencia esperada	362,0	86,0	448,0
				Residuo	15,0	-15,0	
				Residuos tipificados	,8	-1,6	
	Total			Recuento	648	154	802
				Frecuencia esperada	648,0	154,0	802,0

Pruebas de chi-cuadrado

A.1.SEXO		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
MASCULINO	Chi-cuadrado de Pearson	8,371(b)	1	,004	,005	,003
	Corrección por continuidad(a)	7,798	1	,005		
	Razón de verosimilitudes	8,055	1	,005		
	Estadístico exacto de Fisher					
	Asociación lineal por lineal	8,360	1	,004		
	N de casos válidos	739				
FEMININO	Chi-cuadrado de Pearson	7,358(c)	1	,007	,009	,004
	Corrección por continuidad(a)	6,877	1	,009		
	Razón de verosimilitudes	7,311	1	,007		
	Estadístico exacto de Fisher					

Asociación lineal por lineal	7,349	1	,007		
N de casos válidos	802				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 43,66.

c 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 67,98.

Medidas simétricas

A.1.SEXO			Valor	Sig. aproximada
MASCULINO	Nominal por nominal	Phi	-,106	,004
		V de Cramer	,106	,004
		N de casos válidos	739	
FEMININO	Nominal por nominal	Phi	-,096	,007
		V de Cramer	,096	,007
		N de casos válidos	802	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

A.19.QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD? * A.34.11.CONSIDERO IMPORTANTE APRENDER VALORES RELACIONADOS COA PRÁCTICA DO EXERCICIO FÍSICO

Tabla de contingencia

					A.34.11.CONSIDERO IMPORTANTE APRENDER VALORES RELACIONADOS COA PRÁCTICA DO EXERCICIO FÍSICO			
A.1.SEXO					SI	NON	Total	
MASCULINO	A.19.QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD?	Salud buena	no	Recuento	177	40	217	
				Frecuencia esperada	184,3	32,7	217,0	
				Residuo	-7,3	7,3		
				Residuos tipificados	-,5	1,3		
		Salud buena		Recuento	448	71	519	
		Frecuencia esperada		440,7	78,3	519,0		
		Residuo		7,3	-7,3			
		Residuos tipificados		,3	-,8			
		Total		Recuento	625	111	736	
		Frecuencia esperada		625,0	111,0	736,0		
FEMININO	A.19.QUÉ PIENSAS DE TU ESTADO DE SALUD?	Salud buena	no	Recuento	307	49	356	
				Frecuencia esperada	315,8	356,0		
				Residuo	-8,8	8,8		
				Residuos tipificados	-,5	1,4		
		Salud buena		Recuento	407	42	449	
		Frecuencia esperada		398,2	50,8	449,0		
		Residuo		8,8	-8,8			
		Residuos tipificados		,4	-1,2			
		Total		Recuento	714	91	805	
		Frecuencia esperada		714,0	91,0	805,0		

Pruebas de chi-cuadrado

A.1.SEXO		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
MASCULINO	Chi-cuadrado de Pearson	2,699(b)	1	,100	,114	,065
	Corrección por continuidad(a)	2,341	1	,126		
	Razón de verosimilitudes	2,616	1	,106		
	Estadístico exacto de Fisher					
	Asociación lineal por lineal	2,696	1	,101		
	N de casos válidos	736				
FEMININO	Chi-cuadrado de Pearson	3,851(c)	1	,050	,057	,032
	Corrección por continuidad(a)	3,424	1	,064		
	Razón de verosimilitudes	3,823	1	,051		
	Estadístico exacto de Fisher					
	Asociación lineal por lineal	3,847	1	,050		
	N de casos válidos	805				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 32,73.

c 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 40,24.

Medidas simétricas

A.1.SEXO			Valor	Sig. aproximada
MASCULINO	Nominal por nominal	Phi	-,061	,100
		V de Cramer	,061	,100
	N de casos válidos		736	
FEMININO	Nominal por nominal	Phi	-,069	,050
		V de Cramer	,069	,050
	N de casos válidos		805	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.